



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων  
διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας  
των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο υγείας  
και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης**

Καραδημητρίου Αλεξάνδρα

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Δρ. Στυλιανή Κοτρώτσιου, Επίκουρος Καθηγήτρια,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας ως **επιβλέπουσα**.
2. Δρ. Θεοδόσιος Παραλίκας, Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
3. Δρ. Νικόλαος Σκεντέρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Κοινωνικής  
& Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ως μέλος

**Σέρρες, 2021**

**Assessment of cultural knowledge and patient care  
management skills of different culture of health  
professionals working in a Health Center and a  
Provincial City General Hospital**

### Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψη προσωπικής ευθύνης

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή. Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάσει επιστημονικής παράφρασης. Αναλαμβάνω την προσωπική και ατομική ευθύνη ότι σε περίπτωση αποτυχίας στην υλοποίηση των ανωτέρω δηλωθέντων στοιχείων, είμαι υπόλογος έναντι λογοκλοπής, γεγονός που σημαίνει αποτυχία στην Διπλωματική μου Εργασία και κατά συνέπεια αποτυχία απόκτησης του Μεταπτυχιακού Τίτλου των Μεταπτυχιακών Σπουδών, πέραν των λοιπών συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων. Δηλώνω, συνεπώς, ότι αυτή η Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας.

Όνομα & Επώνυμο Συγγραφέα (Με Κεφαλαία) :

---

Υπογραφή (Ολογράφως, χωρίς μονογραφή) :

---

Ημερομηνία (Ημέρα – Μήνας – Έτος) :

---

## **Πίνακας περιεχομένων**

Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψη προσωπικής ευθύνης.....	3
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>10</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>11</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ-ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>14</b>
1.1 Οι έννοιες υγεία και ασθένεια ανά πολιτισμό και άτομο .....	14
1.2 Πολιτισμός.....	15
1.3 Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες - ποικιλομορφίες.....	16
<b>1.3.1. Ελληνική πραγματικότητα .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3.2. Ο τομέας της Νοσηλευτικής .....</b>	<b>18</b>
1.4 Ο ρόλος του πολιτισμού σε θέματα υγείας.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>21</b>
2.1 Διαπολιτισμικότητα.....	21
2.2 Διαπολιτισμική Ικανότητα .....	22
2.3 Διαπολιτισμική Ευαισθησία .....	24
2.4 Διαπολιτισμική Επικοινωνία .....	27
2.5 Διαπολιτισμικές δεξιότητες.....	28
2.6 Διαπολιτισμικές Γνώσεις.....	29
2.7 Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.....	30
2.8 Ηθικές αξίες της Νοσηλευτικής .....	31
2.9 Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση .....	32
2.10 Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και διαπολιτισμική ικανότητα νοσηλευτών .....	34
2.11 Madeleine Leininger.....	35
<b>2.11.1 Το “Sunrise Model” της Leininger .....</b>	<b>36</b>
2.12 Άλλα θεωρητικά μέσα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής .....	37
<b>2.12.1 Η θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere .....</b>	<b>37</b>
<b>2.12.2 Η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας της Campinha – Bacote .....</b>	<b>38</b>
<b>2.12.3 Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας της Ramsden .....</b>	<b>38</b>
<b>2.12.4 Το μοντέλο της αφομοίωσης και της ενσωμάτωσης .....</b>	<b>38</b>
<b>2.12.5 Το πολυπολιτισμικό και διαπολιτισμικό μοντέλο .....</b>	<b>39</b>
2.13 Νοσηλευτική επάρκεια & ετοιμότητα .....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ .....</b>	<b>41</b>
3.1 Ενδεχόμενες δυσκολίες στην παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας .....	41

3.2 Νοσηλευτική διαπολιτισμική φροντίδα.....	42
3.3 Έρευνες σχετικά με τη διαπολιτισμικότητα στη νοσηλευτική επιστήμη .....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ</b> .....	57
4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	57
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	60
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	80
6.1. Περιορισμοί Έρευνας .....	83
6.2 Τελικό Συμπέρασμα .....	83
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	86
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	96
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	102

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το αυξημένο μεταναστευτικό ρεύμα προς τον ελληνικό χώρο τις τελευταίες δύο τουλάχιστον δεκαετίες προκάλεσε μεταβολές στην πληθυσμιακή σύνθεση του κοινωνικού συνόλου, με αποτέλεσμα να επηρεαστούν και να μεταβληθούν μεταξύ άλλων και οι ανάγκες στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς, οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Το υγειονομικό προσωπικό και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι σημαντικό να είναι ευαισθητοποιημένοι σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια ώστε να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση. Η πολιτισμική ευαισθησία ορίζεται ως η συνειδητοποίηση των πολιτισμικών διαφορών και απαιτεί να είναι ευαίσθητη και σεβαστή έναντι άλλων πολιτισμών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας διπλωματικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο υγείας και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης των Σερρών.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, ήταν η προσέγγιση του ερευνητικού θέματος, η συλλογή στοιχείων και η ανάλυσή τους με ποσοτική έρευνα (ερωτηματολόγιο). Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 214 άτομα υγειονομικού προσωπικού του Νομού Σερρών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) (Apostolara et al, 2016), και αφορά την πολιτισμική ικανότητα. Είναι σταθμισμένο και δοκιμασμένο στο Ελληνικό πληθυσμό και αποτελείται από τις 6 θεματικές ενότητες.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας της υπο κλίμακας ΓΝΩΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας,  $[t(79,042) = -12,292, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία. Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υπο κλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας,  $[t(73,242) = -7,433, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν

παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

**Συμπεράσματα:** Η νοσηλευτική εκπαίδευση γενικότερα πρέπει να έχει ως στόχο έναν πολυπολιτισμικό προσανατολισμό, ο οποίος θα πρέπει να περιλαμβάνει τη συνεχή παροχή γνώσεων σχετικά με τις πολιτισμικές διαφορές, την επίτευξη ενός επιπέδου Πολιτισμικής Ικανότητας στην εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση των φοιτητών υγείας σχετικά με τις πολυπολιτισμικές έννοιες, αλλά και ευρύτερα, τον προσανατολισμό σ' ένα ανθρωπιστικό πρότυπο εκπαίδευσης.

**Λέξεις κλειδιά:** διαπολιτισμική ευαισθησία, υγειονομικό προσωπικό, πολιτισμική ετερότητα, ασθενείς από διαφορετικά πλαίσια

## ABSTRACT

**Introduction:** The increased migratory flow to Greece in the last two decades at least has caused changes in the population composition of society as a whole, resulting in influencing and changing, among other things, the needs for health services provided to patients from different cultural backgrounds. It is important for healthcare staff and nurses in particular to be aware of the different cultural needs of people from different cultural backgrounds in order to provide appropriate care. This can be done with the right training. Cultural sensitivity is defined as the awareness of cultural differences and requires being sensitive and respectful towards other cultures.

**Aim:** The aim of this dissertation is to evaluate the cultural knowledge and skills of managing patient care of different culture of health professionals working in a Health Center and General Hospital of the provincial city of Serres.

**Material and method:** The method used to conduct this research was the approach of the research topic, data collection and analysis with quantitative research (questionnaire). The sample of the study consisted of 214 health personnel of the Prefecture of Serres. The questionnaire used is the Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) (Apostolara et al, 2016), and it concerns cultural competence. It is weighted and tested in the Greek population and consists of 6 thematic units.

**Results:** The results of the present study showed that the mean score of the KNOWLEDGE subscale differs, statistically significantly, between individuals who have or have not attended Intercultural Health seminars, [ $t(79,042) = -12,292$ ,  $p < 0.001$ ]. Specifically, individuals who attended Intercultural Health seminars scored higher. The mean score of the SKILLS subscale varies statistically significantly between individuals who have or have not attended Intercultural Health seminars, [ $p = 73.4$ ,  $0.001$ ]. Specifically, people who have attended Intercultural Health seminars scored higher.

**Conclusions:** Nursing education in general should aim at a multicultural orientation, which should include the continuous provision of knowledge about cultural differences, the achievement of a level of Cultural Competence in education, the awareness of health students about multicultural , but also more broadly, the orientation to a humanitarian model of education.



**Keywords:** intercultural sensitivity, healthcare staff, cultural diversity, patients from different contexts

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα εργασία αποτελεί τη μεταπτυχιακή διπλωματική μου εργασία στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» του τμήματος ιατρικής και της σχολής «Επιστημών Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η υλοποίηση της παρούσας έρευνας δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη της εισηγήτριας και καθηγήτριάς μου, Κοτρώτσιου Στυλιανής καθώς και των συνεπιβλέποντων καθηγητών.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, που μου έδωσε την δυνατότητα να ασχοληθώ με ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένεια μου για όλη την συμπαράσταση και στήριξη κατά τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού προγράμματος.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της μετανάστευσης αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα που προβληματίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες. Στον ελληνικό χώρο, η πολιτισμική ποικιλομορφία αποτελεί πλέον γεγονός. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη εισροή προσφύγων και μεταναστών με αποτέλεσμα να έχουν συσσωρευτεί πολυάριθμες ομάδες με πολιτιστικές ιδιαιτερότητες.

Η ραγδαία είσοδος των διαφοροποιημένων πληθυσμών έχει αντίκτυπο όχι μόνο στην εκπαίδευση αλλά και στον τομέα της υγείας (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008). Η έννοια της διαφορετικότητας υπάρχει στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης και η νέα αυτή πραγματικότητα αποτελεί μια πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι οφείλουν να παρέχουν φροντίδα σε άτομα τα οποία προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011). Έχουν τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις, την δική τους κουλτούρα γενικότερα. Η ύπαρξη ατόμων από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα καθιστά απαραίτητη τη διαπολιτισμική τους προσέγγιση και την διαπολιτισμική παροχή φροντίδας (Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου & Κούτα, 2011). Η σπουδαιότητα της διαπολιτισμικής φροντίδας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ποιοτική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να υπερβεί την εθνικότητα, τη φυλή και τη θρησκεία του κάθε ασθενούς.

Οι επαγγελματίες υγείας και οι νοσηλευτές έχουν να αντιμετωπίσουν μια νέα κοινωνική πραγματικότητα, καθώς καλούνται να φροντίσουν τους ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα. Ως εκ τούτου, ο βαθμός στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας και οι νοσηλευτές χρειάζεται να ανταποκριθούν στις ανάγκες των διαφοροποιημένων πληθυσμών αποτελεί θέμα σπουδαιότητας. Χρειάζεται να αποκτήσουν τις ικανότητες που είναι απαραίτητες για την προετοιμασία τους για να εμπλακούν κατάλληλα στα διαπολιτισμικά πλαίσια (Μπουτσιούκα και συν., 2017). Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να ανταποκριθούν στις σύγχρονες προκλήσεις που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια των διαπολιτισμικών αλληλεπιδράσεων. Χρειάζεται να είναι ενήμεροι για την διαφορετική κουλτούρα και τους πολιτισμικούς, κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζουν τη ζωή των ασθενών, κάτι που θα τους βοηθήσει να αποκτήσουν πολιτισμική επάρκεια. Με αυτό τον τρόπο, είναι ανάγκη να αναπτυχθεί η διαπολιτισμική ευαισθησία. Πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας επειδή αγνοούν την κουλτούρα άλλων πληθυσμών,

διακατέχονται από στερεότυπα τα οποία οδηγούν σε εσφαλμένες απόψεις, στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό έχει σαν συνέπεια την μειωμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών.

Αφετηρία της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η διαπίστωση της σπουδαιότητας του ζητήματος της διαπολιτισμικής ευαισθησίας στον τομέα της νοσηλευτικής. Η σημαντικότητα της έρευνας προσδιορίζεται στο γεγονός ότι παρότι έχουν γίνει έρευνες για την διαπολιτισμική ευαισθησία στην εκπαίδευση, τόσο ελληνικές όσο και ξένες, εντούτοις ελάχιστες αφορούν τον τομέα της νοσηλευτικής. Στην ελληνική βιβλιογραφία οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στην διαπολιτισμική ικανότητα, ενώ είναι περιορισμένες οι μελέτες που αφορούν τη διαπολιτισμική ευαισθησία του υγειονομικού προσωπικού. Για αυτό το λόγο η έρευνα θεωρείται πρωτότυπη και αποτελεί και ένα επίκαιρο θέμα. Παράλληλα, προέκυψε το ενδιαφέρον να εξεταστεί τι συμβαίνει σε άλλα φοιτητικά τμήματα ως προς την ευαισθητοποίηση τους σε θέματα ετερότητας, εκτός από τους εν δυνάμει εκπαιδευτικούς. Η αναγκαιότητα της έρευνας υπαγορεύεται από το γεγονός ότι ο ρόλος των νοσηλευτών θεωρείται κομβικός στη νέα πραγματικότητα. Συνεπώς το υγειονομικό προσωπικό είναι αναγκαίο να έχουν την απαιτούμενη διαπολιτισμική ευαισθησία ώστε να ανταποκρίνονται με επιτυχία στις προκλήσεις της διαπολιτισμικής πραγματικότητας. Η χρησιμότητα της παρούσας εργασίας θα συνεισφέρει στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, τα οποία θα αποτελέσουν το έναυσμα για μελλοντικές έρευνες (Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου & Κούτα, 2011).

Σκοπός της εργασίας είναι να εξεταστεί η διαπολιτισμική ευαισθησία ανάμεσα σε υγειονομικό προσωπικό σχετικά με την παροχή φροντίδας σε διαπολιτισμικά διαφοροποιημένους πληθυσμούς.

Η διπλωματική εργασία διαρθρώνεται ως εξής: Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται οι βασικές έννοιες, η σημαντικότητα και οι ιδιαιτερότητες της έννοιας της υγείας και του πολιτισμού. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται η έννοια της διαπολιτισμικότητας, της ικανότητας και της ευαισθησίας του υγειονομικού και κυρίως νοσηλευτικού προσωπικού. Στο τρίτο κεφάλαιο διακρίνονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το υγειονομικό προσωπικό σε σχέση με τη διαπολιτισμικότητα και παρουσιάζονται κάποιες σχετικές έρευνες. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της έρευνας, το εργαλείο που χρησιμοποιείται, το δείγμα

καθώς και η αξιοπιστία της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση και η ανάλυση των δεδομένων μαζί με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ενώ στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας. Τέλος, καταγράφεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε και το παράρτημα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ-ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Οι έννοιες υγεία και ασθένεια ανά πολιτισμό και άτομο

Η Νοσηλευτική, μαζί με την Ιατρική, ξεκινά να αναπτύσσεται από τη στιγμή που ο άνθρωπος ξεκίνησε να αναζητά τρόπους και μέσα, προκειμένου να ανακουφιστεί από τον πόνο αλλά και να φροντίσει τον ασθενή. Ειδικότερα, δηλώνει την παρουσία της ήδη κατά την προχριστιανική εποχή, όποτε οι ανάγκες παροχής φροντίδας σε ασθενείς ήταν ιδιαίτερα αυξημένες εξαιτίας των πολλών τραυματισμών που υπήρχαν, κυρίως από τους συνεχείς πολέμους στους οποίους συμμετείχαν οι λαοί αρκετών κοινωνιών (Ζυγά, 2010).

Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της θεραπείας διαδραμάτισαν οι θρησκευτικές αντιλήψεις σε οικεία ζητήματα. Με άλλα λόγια, για τους περισσότερους λαούς η υγεία και η ασθένεια σχετίζονταν άμεσα με την πίστη στον Θεό. Ως αποτέλεσμα αυτής της πεποίθησης αρκετοί ναοί αποτέλεσαν κέντρα υγείας και αρκετοί ιερείς ασκούσαν το επάγγελμα του ιατρού ή του νοσηλευτή από την άποψη πως οι ασθενείς επισκέπτονταν τα εν λόγω ιερά. Σκοπός της επίσκεψης ήταν να ζητήσουν εξιλέωση ή τη βοήθεια του θείου, ώστε να θεραπευτούν, αφού η ασθένεια εκλαμβάνονταν, όπως θα δούμε παρακάτω, ως τιμωρία από τον θεό για την διάπραξη κάποιου αμαρτήματος (Ζυγά, 2010).

Έκτοτε η Ιατρική και συνάμα η Νοσηλευτική γνώρισαν μία διαχρονική εξέλιξη με κύριο χαρακτηριστικό τις διαφορετικές προσεγγίσεις της υγείας και της ασθένειας από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο (Fong, H. J., Surg A., Longnecker, N., 2010). Παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτό είναι κυρίως πολιτισμικοί. Αφού, ο πολιτισμός διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων ενός πληθυσμού απέναντι στις έννοιες ασθένεια και υγεία (Leininger, 2002). Επιπρόσθετα, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις απέναντι στις έννοιες υγεία και ασθένεια, έχουν την αφετηρία τους και σε ιερατικές - μαγικές και θρησκευτικές αντιλήψεις ορισμένων κοινωνιών ή ακόμη και σε άλλες αντιλήψεις οι οποίες βασίζονται στην επιστημονικά θεμελιωμένη γνώση.

## 1.2 Πολιτισμός

Ο όρος «Πολιτισμός», δεν έχει σαφές και ξεκάθαρο περιεχόμενο. Είναι επιδεκτικός πλήθους ερμηνειών, δεδομένου του εύρους του πεδίου των στοιχείων-συνιστωσών που καλύπτουν το εννοιολογικό του πλαίσιο. Αναφέρεται κυρίως «στο σύνολο των υλικών και πνευματικών αξιών και επιτευγμάτων που κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά στο πέρασμα των χρόνων διαμορφώνοντας μια κοινή μνήμη-εικόνα για ένα σύνολο ατόμων και δημιουργώντας κατ' επέκταση το αίσθημα μιας κοινής αφετηρίας, κοινών αναφορών και βιωμάτων, παραπέμποντας σε μια πορεία σταθερής προόδου, κοινωνικής και οικονομικής» (Μπιτσάνη 2004).

Άλλη μια ερμηνεία κατά τον Sealey είναι ότι ο Πολιτισμός είναι το «οργανικό σύνολο το οποίο περιλαμβάνει την γνώση, τις δοξασίες, την τέχνη, τα ήθη, το δίκαιο, τα έθιμα και κάθε επίδοση και συνήθεια, την οποία έχει αποκτήσει ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας». Διαφορετικά, μπορεί να οριστεί ως «η συσσωρευμένη δημιουργία του ανθρώπου». Πολλοί όταν μιλούν περί πολιτισμού εννοούν την μόρφωση και την καλλιέργεια. Ωστόσο, κοινωνικά δεν υπάρχει άτομο ή ομάδα ανθρώπων που να στερείται πολιτισμού, διότι ο πολιτισμός περιλαμβάνει το συσσωρευμένο οργανικό σύνολο τρόπων σκέψεων και δράσεων, που παρουσιάζεται μεταξύ ανθρώπινων ομάδων, τα δε άτομα συμμετέχουν κατ' ανάγκη στον πολιτισμό της ομάδας τους (Sealey, 2003).

Ο Γ. Μπαμπινιώτης, με τον όρο «Πολιτισμός» αναφέρεται στα εκλεπτυσμένα ήθη και στην πνευματική ανάπτυξη, στη συμπεριφορά, στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων, στην αισθητική έκφραση και στον τρόπο ζωής ενός κοινωνικού συνόλου (Μπαμπινιώτης, 2006). Ο πολιτισμός μπορεί να θεωρηθεί σαν τη δεύτερη φύση που δημιουργήθηκε από τους ανθρώπους μέσω της εργασίας και των γνώσεων τους (Βερνίκος 2005). Χάρη δε στον πολιτισμό, τα μέλη του κοινωνικού συνόλου αναγνωρίζονται μεταξύ τους, εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο, αποκτώντας έτσι την ατομική τους ταυτότητα και συμμετέχουν στη ζωή μέσα από την ένταξή τους σε αυτή (Cuche 2001).

Η κουλτούρα είναι μια έννοια συνώνυμη του πολιτισμού μη σαφώς οριοθετημένη, καθώς σε πολλές περιπτώσεις ο ορισμός της κουλτούρας εμφανίζεται να υιοθετεί την ακόλουθη ερμηνεία: «κουλτούρα ή πολιτισμός είναι το σύνθετο εκείνο σύνολο που περιλαμβάνει γνώσεις, τέχνες, ήθη, δίκαιο, έθιμα και κάθε άλλη ικανότητα και συνήθεια που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας» (Μπιτσάνη 2004).

### 1.3 Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες - ποικιλομορφίες

Πολλοί ορισμοί αναφέρονται στην πολιτισμική ποικιλομορφία, οι περισσότεροι περιλαμβάνουν σαν κύριο χαρακτηριστικό της, τις διαφορές μεταξύ ατόμων ή μεταξύ ομάδων.

Στις διαφορές αυτές περιλαμβάνονται, διαφορές στο φύλο, την πνευματικότητα, τις βιολογικές-γενετικές καταβολές, την οικονομική κατάσταση και την ηθική, πολιτισμική και εθνική ταυτότητα (Andrews & Boyle, 2001). Σε πολλούς ορισμούς δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διευκρίνηση ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ανθρώπων και ότι η αναγνώριση της ύπαρξής τους είναι επιτακτική ανάγκη ώστε να καταστεί εφικτό να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες για πρόοδο και ανάπτυξη όλων των ανθρώπων. Η ποικιλομορφία μπορεί να εκτείνεται από το βαθμό ελαφρών διαφορών όπως για παράδειγμα αυτές που παρατηρούνται ακόμα και μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας έως σημαντικές διαφορές, όπως αυτές που παρατηρούνται μεταξύ ανθρώπων με διαφορετικές εθνικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές ή γεωγραφικές καταβολές. Η διαφορετικότητα σε όλους τους τομείς επηρεάζει τις πρακτικές και τις αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία (Cook, 2003). Για παράδειγμα έρευνα που έγινε στον γυναικείο πληθυσμό της Υεμένης, απέδειξε ότι τα παραδοσιακά μουσουλμανικά μακριά φορέματα αυξάνουν την συχνότητα της αναιμίας και της φυματίωσης, επειδή ο οργανισμός δεν έρχεται καθόλου σε επαφή με την ηλιακή ακτινοβολία. Επίσης σε πολιτισμούς που υπάρχει ανεκτικότητα στη σεξουαλική ελευθερία παρατηρείται άνοδος των αμβλώσεων και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, με επιβλαβής επιπτώσεις στον γυναικείο πληθυσμό (Leininger, 1991).

Όπως παρατηρούμε η πολιτισμική διαφορετικότητα συσχετίζεται με τις συμπεριφορές στην υγεία των ανθρώπων και αποτελεί πρόκληση για τους νοσηλευτές, καθώς αναδεικνύει πολλά εμπόδια στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και στην επίτευξη μέγιστων αποτελεσμάτων από αυτήν (Giger & Davidhizar, 2000).

Μια πρόσφατη μελέτη ερευνήσε την σημασία της επικοινωνίας σε μια κοινότητα φροντίδας που οι νοσηλευτές και οι ασθενείς δεν μιλούσαν την ίδια γλώσσα και κατέληξε ότι η φροντίδα ενός ασθενούς από μια άλλη κουλτούρα προϋποθέτει οι νοσηλευτές να έχουν ανοιχτό πνεύμα και το θάρρος να αντιμετωπίσουν νέες προκλήσεις. Ο σεβασμός για την ακεραιότητα του πολυπολιτισμικού ασθενούς αποτελεί διαπολιτισμική ικανότητα (Hemberg JA. & Vilander S., 2017).



Άλλωστε οι ανάγκες επικοινωνιακής κατάρτισης είναι πιο σύνθετες όταν υπάρχουν πολιτισμικές, εθνικές και γλωσσικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η επικοινωνία δεν μπορεί να θεωρηθεί απλά ως μια ικανότητα που μπορεί να διδαχθεί σε ένα διδακτικό πρόγραμμα. Αλλά απαιτείται εκτεταμένη κατανόηση σχετικά με τις κοινωνικοπολιτισμικές διαστάσεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο επικοινωνίας στο νέο περιβάλλον περίθαλψης (Philip S. et al,2015).

Μελέτη που έγινε σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον εντοπισμό σημείων κατάθλιψης , σε μητέρες μετανάστριες μετά τον τοκετό που δεν μιλούσαν τη γλώσσα της χώρας διαμονής, καθώς και την ικανότητα ανίχνευσή τους με την Κλίμακα Κατάθλιψης του Εδιμβούργου, έδειξαν ότι οι γνώσεις διαπολιτισμικής φροντίδας και οι πολιτισμικές ικανότητες μεταξύ του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν πολύτιμα στοιχεία κατά την ερμηνεία της ψυχικής υγείας σε αυτή την ευάλωτη ομάδα μεταναστών (Skoog M. et al,2017).

### **1.3.1. Ελληνική πραγματικότητα**

Ανάμεσα στα κράτη αυτά συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες μεγάλο κύμα μεταναστών έχει επισκεφθεί την Ελλάδα. Στόχος αυτών είτε το πέρασμα σε μία άλλη χώρα της κεντρικής Ευρώπης είτε η εγκατάστασή τους στην Ελλάδα. Παράγοντες που έχουν συμβάλλει προς την κατεύθυνση αυτή είναι η συμμετοχή της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), αλλά και στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) και η υπογραφή διεθνών Συνθηκών για τη διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στοιχεία που της προσδίδουν το χαρακτηρισμό της φιλελεύθερης χώρας. Αμελητέος δεν είναι και ο παράγοντας της γεωγραφικής της θέσης, αφού ως χώρα γειτονική με χώρες των οποίων τα πολιτικά συστήματα κατέρρευσαν είναι ο πρώτος ευρωπαϊκός και άρα πολιτισμένος σταθμός που συναντά ο ερχόμενος από τον νότο ή από την Άπω Ανατολή μετανάστης (Κελέση, 2016)

Ως προς την προέλευση των μεταναστών, η πλειοψηφία αυτών προέρχεται από χώρες με τις οποίες η πολιτισμική απόσταση της Ελλάδος είναι αισθητή, όπως οι χώρες της Αφρικής, της Νοτίου Αμερικής και της Μέσης και Άπω Ανατολής, με αποτέλεσμα η σύνθεση του πληθυσμού της χώρας να είναι περισσότερο από ποτέ ανομοιογενής. Η αλήθεια, ωστόσο, είναι πως η ανομοιογένεια αυτή δε συνιστά μία πρωτόγνωρη κατάσταση για την Ελλάδα. Με άλλα λόγια, το μεταναστευτικό ρεύμα των τελευταίων δεκαετιών και κυρίως οι διαφορές κουλτούρας, αξιών, πεποιθήσεων, ηθών και εθίμων

που έφερε ήρθαν απλώς να προστεθούν στις ήδη υπάρχουσες. Ο λόγος περί των ρομά στο σύνολο της χώρας αλλά και της μουσουλμανικής μειονότητας στη Θράκη (Καδιγιαννόπουλος, 2015). Ακόμη, το 98% των κατοίκων της Ελλάδος είναι μεν Χριστιανοί δε διαφόρων δογμάτων (Ορθόδοξοι, Καθολικοί, Προτεστάντες, Μάρτυρες του Ιεχωβά κ.λπ.), ενώ υπάρχει και η εβραϊκή κοινότητα (Καλαφάτη, 2011).

### **1.3.2. Ο τομέας της Νοσηλευτικής**

Αν, λοιπόν, αναλογιστεί κανείς πως στη σύγχρονη εποχή μια κοινωνία απαρτίζεται από πολίτες που διαφέρουν μεταξύ τους σε πολιτισμικό επίπεδο, διαπιστώνει το ακόλουθο στον τομέα της Νοσηλευτικής. Για να ανταπεξέλθει το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτήν την κατάσταση απαιτείται να γνωρίζει τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες κάθε ασθενή είτε είναι ημεδαπός είτε αλλοδαπός, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του όταν ο τελευταίος εισάγεται στο νοσοκομείο. Διότι, κάθε πολιτισμός διαθέτει έναν ορισμένο τύπο αξιών, κανόνων και γνώσεων στην προσπάθειά του να ερμηνεύσει και να θεραπεύσει την αρρώστια αλλά και να προάγει την υγεία (Καδιγιαννόπουλος, 2015). Έτσι, αυτό το οποίο θεωρείται υγεία και αρρώστια να διαφέρει ανάλογα με τις κοινωνίες και τα επίπεδα ανάπτυξής τους και η στάση απέναντι στην αρρώστια και στην υγεία να εξαρτάται άμεσα από το πολιτισμικό περιβάλλον προέλευσης του ασθενή, όπως είδαμε και παραπάνω (Σαρρής, 2001).

Η εν λόγω απαίτηση ενισχύεται ακόμη περισσότερο με τα Ανθρώπινα Δικαιώματα που προωθούνται, επιβάλλονται και ελέγχονται από παγκόσμιους οργανισμούς. Βάσει αυτών οι μειονότητες και οι διαφορετικές εθνικές ομάδες προστατεύονται. Έτσι, τους παρέχεται το δικαίωμα να διατηρούν την πολιτιστική τους ταυτότητα, τη θρησκεία τους, τη γλώσσα τους και τις όποιες θρησκευτικές τους πρακτικές, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να αφομοιώνουν τα στοιχεία της κοινωνίας στην οποία εγκαθίστανται (Taylor, Lillis, LeMone, 2006).

### **1.4 Ο ρόλος του πολιτισμού σε θέματα υγείας**

Η παροχή φροντίδας απαιτεί γνώση και κατανόηση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών. Προϋποθέτει μια πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία χρειάζεται να βασίζεται στην γνώση των αξιών υγείας στη θρησκεία, στην ιστορία, στα ήθη και στα έθιμα και γενικότερα στην φιλοσοφία του εκάστοτε λαού (Aktaş, Ertuğ & Öztürk, 2015). Επίσης, χρειάζεται πολιτισμική ενσυναίσθηση, επικοινωνία, αποδοχή και σεβασμό στην διαφορετικότητα από τους επαγγελματίες υγείας (Oksoon, et al., 2017). Οι ασθενείς, οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικές

χώρες έχουν χαμηλό επίπεδο φροντίδας καθώς και περιορισμένη προσβασιμότητα στο νοσοκομείο (Dell'Osso, 2016, Τερζούδης, Μπογιατζίδης & Κωσταγιόλας, 2017). Ο πολιτισμός, οι απόψεις και οι πεποιθήσεις που έχουν οι ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο ενδέχεται να τους αποθαρρύνει να αναζητήσουν τις παραδοσιακές μορφές θεραπείας. Ειδικότερα, υπάρχει και το πρόβλημα της γλώσσας και της επικοινωνίας, τα οποία αποκλείουν αυτούς τους πληθυσμούς από τις υπηρεσίες υγείας (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011).

Ο πολιτισμός παίζει σημαντικό ρόλο στην αλληλεπίδραση γιατρών και ασθενών, τη συμμόρφωση με την ιατρική θεραπεία, και γενικά την επιτυχημένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Κούτα, 2007; Ρούπα, Ζωγράφου & Βασιλόπουλος, 2014). Η καθημερινή ζωή ενός ατόμου έχει τις ρίζες του στην πολιτισμική δομή στην οποία ζει και αυτό επηρεάζει τις αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια (Oksoon, et al., 2017). Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι οι κοινότητες που έχουν διατηρήσει τα δικά τους πολιτιστικά χαρακτηριστικά ενώ ζουν μαζί με άλλους πολιτισμούς εδώ και αιώνες έχουν αναζητήσει λύσεις για τα προβλήματα υγείας τους μέσα στην δική τους πολιτισμική ζωή. Επομένως, κάθε κουλτούρα αντιλαμβάνεται διαφορετικά την ασθένεια και τη θεραπεία. Οι διαφορές αυτές υποστηρίζουν το γεγονός ότι το άτομο έχει δικαίωμα να αποκτήσει υγειονομική περίθαλψη κατάλληλη με την πολιτισμική του κουλτούρα (Aktaş, Ertuğ, & Öztürk, 2015).

Η πολιτισμική ευαισθησία είναι μια θεμελιώδης αρχή που καθοδηγεί τους ανθρώπους για τον τρόπο που ανταποκρίνονται στην ποικιλομορφία (Oksoon, et al., 2017). Αυτή η αρχή θα βοηθήσει στην οικοδόμηση βαθύτερων συνδέσεων μεταξύ διαφορετικών ανθρώπων. Η πολιτισμική ευαισθησία περιλαμβάνει τη φιλοσοφία του σεβασμού, της φροντίδας, της αξιοπρέπειας και της κατανόησης. Περιλαμβάνει τη γνώση, την κατανόηση, τις δεξιότητες και τα πρωτόκολλα που επιτρέπουν σε ένα άτομο ή ένα σύστημα να παρέχει υπηρεσίες σε όλες τις πολιτισμικά διαφοροποιημένες ομάδες (Aktaş, Ertuğ, & Öztürk, 2015). Η διαπολιτισμική ευαισθησία ορίζεται ως η απαραίτητη ενεργός επιθυμία να διασφαλιστεί το προσωπικό κίνητρο για την κατανόηση, αποδοχή και εκτίμηση των διαπολιτισμικών διαφορών. Να κατανοήσουν οι υγειονομικό προσωπικό τις παραδόσεις, τις αξίες, τις πρακτικές και τα οικογενειακά συστήματα των πολιτισμικά διαφορετικών ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και πληθυσμών που φροντίζουν (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan & Boylu, 2017). Έχοντας πολιτισμική ευαισθησία, το προσωπικό μπορεί να ανταποκριθούν με σεβασμό

και ενσυναίσθηση σε ανθρώπους όλων των εθνικοτήτων, τάξεων και φυλών. Είναι σημαντική καθώς οι πολιτισμοί έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις για την περίθαλψή τους (Meydanlioglu, Arikan & Gozum, 2015). Οι υγειονομικοί προσωπικοί είναι αναγκαίο να παρέχουν εξατομικευμένη περίθαλψη και να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα υγείας (O'Connell et al., 2013). Σκοπός της είναι να καλύψει το χάσμα επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς (Dell'Osso, 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2º: ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

### 2.1 Διαπολιτισμικότητα

Η διαπολιτισμικότητα ως όρος μπορεί δύσκολα να ορισθεί με ακρίβεια. Αποτελεί μία διαλεκτική σχέση, μία πορεία αλληλεπίδρασης και συνεργασίας ατόμων διαφορετικών εθνικοτήτων (Νικολάου, Γ., 2011). Η διαπολιτισμικότητα σχετίζεται με την αποδοχή της κουλτούρας, του τρόπου σκέψης του άλλου, όχι αποκλειστικά με βάση τις γνώσεις, αλλά τον πολιτισμό γενικότερα. Περιλαμβάνει και προάγει τη δυνατότητα των ατόμων να δημιουργούν και να διαμορφώνουν κοινές ταυτότητες. Τέλος θεωρείται αυτονόητο ότι μέσα στο πλαίσιο της διαπολιτισμικότητας περιλαμβάνονται η αμοιβαιότητα, η πραγματική αλληλεγγύη αλλά και η αλληλεπίδραση του τρόπου σκέψης και των ιδεών του άλλου ανθρώπου, του διαφορετικού από εμάς και η κοινωνική ισότητα ( Landis, D., Bennett, J., Bennett, M., 2003).

Η διαπολιτισμικότητα στην υγεία είναι μια πρόσφατη αντίληψη που αναπτύσσεται ως απάντηση σε ισχυρισμούς των αυτόχthonων πληθυσμών για το δικαίωμά τους στην πολιτιστική τους ταυτότητα, αλλά αντιστοιχεί επίσης σε μια παγκόσμια τάση ενσωμάτωσης του «δικαιώματος στη διαφορά» που διακρίνει και προωθεί τη συνύπαρξη μεταξύ διαφορετικών πολιτιστικών ομάδων (Salaverri O., 2010).

Πολλές φορές η διαπολιτισμικότητα ταυτίζεται λανθασμένα με τον όρο πολυπολιτισμικότητα. Οι όροι «διαπολιτισμικότητα» και «πολυπολιτισμικότητα» χρησιμοποιούνται ευρέως στις μέρες μας και υπό διάφορες συνθήκες, αν και όχι πάντοτε με την αναγκαία ακρίβεια» (Παπαθανασοπούλου Γ.Ν., 2012). Η διαπολιτισμικότητα προϋποθέτει την πολυπολιτισμικότητα, αλλά δεν απορρέει αυτόματα από αυτήν» (Δαμανάκη Μ., 1989). Κατά συνέπεια προκύπτει ότι οι δύο επίμαχοι όροι δεν είναι ούτε συνώνυμοι αλλά ούτε ταυτόσημοι (Δαμανάκη Μ., 1995). Επιπλέον ο Μ. Δαμανάκης συμπληρώνει ότι «στις αγγλοσαξονικές χώρες χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά ο όρος «πολυπολιτισμικότητα» και μάλιστα και ως αναλυτικός και ως κανονιστικός όρος και ότι οι όροι πολυπολιτισμικότητα και διαπολιτισμικότητα κινούνται σε επίπεδο κοινωνίας (μακροεπίπεδο), ενώ ο όρος διαπολιτισμικότητα σε επίπεδο ατόμου ή μικροομάδας (μικροεπίπεδο)».

Η πολυπολιτισμικότητα, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας του Putnam, αποτελεί έμμεση σοβαρή αιτία για την αποξένωση των μελών μίας κοινωνίας αλλά και τη χαλαρότητα στους δεσμούς των διαφόρων κοινωνικών δικτύων (Χατζή Α, 2011).

## **2.2 Διαπολιτισμική Ικανότητα**

Η έννοια της διαπολιτισμικής ικανότητας αποτελεί σημαντική έννοια στην νοσηλευτική εκπαίδευση, καθώς έχει προσελκύσει την ευρεία προσοχή από τη δεκαετία του 1990. Αναφέρεται στην ικανότητα της νοσηλευτικής να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Toda & Maru, 2018). Η διαπολιτισμική ικανότητα χαρακτηρίζεται ως η κατανόηση της σημασίας των κοινωνικών και πολιτισμικών επιρροών στις πεποιθήσεις υγείας των ασθενών (Leung, Ang, & Tan, 2014). Σύμφωνα με την Leininger, ο όρος πολιτισμική ικανότητα δημιουργήθηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1960 ως μέρος της θεωρίας της ποικιλομορφίας της πολιτιστικής φροντίδας και της καθολικότητας. Στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, ωστόσο, ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τους Cross, Bazron, Dennis και Isaacs το 1989 (Shen, 2015). Σύμφωνα με τον Cross, (1989) η πολιτισμική ικανότητα ορίζεται ως το σύνολο των συμπεριφορών και των στάσεων οι οποίες επιτρέπουν στα άτομα να εργάζονται αποτελεσματικά σε πολυπολιτισμικές καταστάσεις. Η διαπολιτισμική ικανότητα έχει περιγραφεί ως μηχανισμός μέσω του οποίου τα άτομα αναπτύσσουν τη δυνατότητα να αλληλεπιδρούν ομαλά με διαφορετικά άτομα (Balakrishnan, 2015). Η διαπολιτισμική ικανότητα αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί αποτελεσματικά σε όλους τους πολιτισμούς. Ορίζεται η διαπολιτισμική ικανότητα ως η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να ενεργεί με διαπολιτισμικά κατάλληλους τρόπους (Leung, Ang & Tan, 2014). Αποτελεί τη σταδιακή ανάπτυξη της νοσηλευτικής ικανότητας για παροχή ποιοτικής και ασφαλούς νοσηλευτικής περίθαλψης σε ασθενείς διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου. Η διαπολιτισμική ικανότητα μπορεί να οριστεί ως συνδυασμός δεξιοτήτων, γνώσεων, στάσεων και αξιών που υποστηρίζουν την αποτελεσματική απόδοση σε ένα επάγγελμα/ επαγγελματικό χώρο (Prosen, 2015).

Σύμφωνα με τον Bennett, η διαπολιτισμική ικανότητα (intercultural competence) αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εκτιμά τους άλλους και τις άλλες κουλτούρες και να έχει σεβασμό απέναντί τους (Bennett, 2004). Το National League for Nursing Accrediting Commission ορίζει την πολιτιστική ικανότητα ως αναγκαιότητα στην φροντίδα των ασθενών και ως πρότυπο στην εκπαίδευση. Οι

νοσηλευτές, πρέπει να αποκτήσουν πολιτιστικές ικανότητες (Simsek, Erkin & Temel, 2017). Η πολιτιστική ικανότητα ως γνώση στοχεύει στην κοινωνικοπολιτισμική εμπειρία, στις πολιτισμικές πεποιθήσεις και τις πρακτικές που συνθέτουν τον πολιτισμό. Η πολιτιστική ικανότητα αποτελεί την ευαισθητοποίηση των προσωπικών προκαταλήψεων και να εμπλακούν σε αυτο-προβληματισμό για τη διαχείριση των προκαταλήψεων (Hartman, 2017). Εμπλουτίζει περαιτέρω την ιδέα της συμπάθειας και του ασθενούς και προσεγγίσεις με επίκεντρο τις σχέσεις, καθώς και τον αυτοπροβληματισμό για τις ανισότητες που υπάρχουν στην υγεία (Colleges, 2015). Η επίτευξη της πολιτισμικής ικανότητας απαιτεί τη σύνθεση της γνώσης και της ευαισθησίας που έχουν αποκτηθεί στο παρελθόν και η εφαρμογή της στην αξιολόγηση των αναγκών των πελατών, της κλινικής διάγνωσης και άλλων δεξιοτήτων φροντίδας (Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου & Κούτα, 2011). Οι Finkelman και Kenner (2009), ορίζουν την πολιτιστική ικανότητα ως ένα σύνολο συμπεριφορών, στάσεων, πρακτικών και πολιτικών που επιτρέπει στους νοσηλευτές να εργάζονται αποτελεσματικά σε διαπολιτισμικές καταστάσεις λαμβάνοντας υπόψη τις πεποιθήσεις, τις αξίες και το πολιτισμικό υπόβαθρο των ασθενών. Οι αρχές της πολιτισμικής ικανότητας θα πρέπει να εισάγονται σε όλη τη νοσηλευτική εκπαίδευση προκειμένου να μπορέσουν οι νοσηλευτές να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών (Calvillo et al., 2009).

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών, πολλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη διαπολιτισμική ικανότητα. Οι Bhawik και Brislin (1992) δηλώνουν ότι για να είναι αποτελεσματική σε άλλους πολιτισμούς, οι άνθρωποι πρέπει να ενδιαφέρονται για άλλους πολιτισμούς, να είναι ευαίσθητοι αρκετά για να παρατηρήσουν πολιτισμικές διαφορές και επίσης να είναι διατεθειμένοι να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους ως μια ένδειξη σεβασμού για τους ανθρώπους άλλων πολιτισμών. Η ικανότητα διαπολιτισμικής επικοινωνίας, γνωστή ως διαπολιτισμική ικανότητα, αναφέρεται στην ικανότητα να εμπλέκεται κατάλληλα σε διαπολιτισμικά περιβάλλοντα. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αυτή η ικανότητα μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις ευρείς τομείς: τα συναισθήματα, τις γνωστικές λειτουργίες και συμπεριφορές (Balakrishnan, 2015). Η πολιτιστική ικανότητα αποτελεί βασικό στοιχείο στην παροχή αποτελεσματικής περίθαλψης, μειώνοντας ανισότητες στον τομέα της υγείας καθώς και στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών (Repo, Vahlberg, Salminen, Papadopoulos & Leino-Kilpi, 2017).

Σύμφωνα με το LaRocco (2011), η πολιτισμική ικανότητα ορίζεται ως νοοτροπία, γνώση και συμπεριφορά ενός ατόμου, ικανότητες γενικού πολιτισμού που μπορούν να εφαρμοστούν σε διαπολιτισμικές καταστάσεις. Ο Narayanasamy (2002) αναφέρεται στην πολυπολιτισμική ικανότητα ως μια σειρά από πτυχές που περιλαμβάνουν: την πολιτιστική συνείδηση, τις δεξιότητες επικοινωνίας, την ανταπόκριση και ευαισθησία, την αποφυγή στερεότυπων υποθέσεων σχετικά με την εθνότητα και την προώθηση πρακτικών κατά των διακρίσεων.

Τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη διαπολιτισμική ικανότητα των φοιτητών αναφέρονται στην ικανότητα προσαρμογής σε διαφορετικές κουλτούρες, στην πολιτισμική ενσυναίσθηση, στην πολιτισμική αλληλεπίδραση, στην εμπιστοσύνη, στην αυτογνωσία και στην ευαισθητοποίηση του εαυτού και του πολιτισμού. Η Suh (2004) προσδιόρισε τα χαρακτηριστικά της πολιτιστικής ικανότητας, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας, της ευελιξίας και των προηγούμενων, συμπεριλαμβανομένης της πολιτιστικής ευαισθητοποίησης, της πολιτιστικής γνώσης, της πολιτιστικής ευαισθησίας, των πολιτιστικών δεξιοτήτων και των πολιτιστικών συναντήσεων.

Η διαπολιτισμική ικανότητα αποτελεί μια έννοια – ομπρέλα η οποία περιλαμβάνει την διαπολιτισμική ευαισθησία, την διαπολιτισμική συνείδηση και την διαπολιτισμική δεξιότητα (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan & Boylu, 2017). Ακόμα, αναδείχθηκε ως χαρακτηριστικό της πολιτιστικής ευαισθησίας. Η διαπολιτισμική ικανότητα είναι ο μηχανισμός μέσω του οποίου τα άτομα αναπτύσσουν τη δυνατότητα να αλληλεπιδρούν ομαλά με διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες (Fantini, 2000).

### **2.3 Διαπολιτισμική Ευαισθησία**

Υπάρχει συνεχής συζήτηση μεταξύ των ερευνητών σχετικά με έναν ακριβή ορισμό της διαπολιτισμικής ευαισθησίας. Ο ορισμός για την διαπολιτισμική ευαισθησία αλλάζει διαρκώς και υπόκειται σε αναθεωρήσεις προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι κοινωνικές αλλαγές, καθώς και οι συνεχιζόμενες εξελίξεις (Aktaş, Ertuğ & Öztürk , 2015).

Η διαπολιτισμική ευαισθησία (intercultural sensitivity) είναι η συναισθηματική διάσταση της ικανότητας της διαπολιτισμικής επικοινωνίας (Spithourakis, Karatzia-Stavlioti & Roussakis, 2009). Αυτή η ικανότητα διαπολιτισμικής επικοινωνίας περιλαμβάνει τη διαπολιτισμική συνείδηση (γνωστική πτυχή), τη διαπολιτισμική ευαισθησία (συναισθηματική πτυχή) και τη διαπολιτισμική ευστροφία (συμπεριφορά)



(Oksoon, et.al., 2017). Αναφέρεται στο συναίσθημα του ατόμου, το οποίο τον παρακινεί να εμπλακεί σε διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις και να αποδεχτεί τις πολιτισμικές διαφορές (Aslan, Yilmaz, Kartal, Erdemir & Gülec, 2016). Οι Chen και Starosta ισχυρίστηκαν ότι χωρίς την «αίσθηση», η οποία παρακινεί τους ανθρώπους να εμπλακούν σε διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις, τότε δεν θα πραγματοποιηθεί η πραγματική πράξη (συμπεριφορά) συμμετοχής σε αλληλεπιδράσεις (Yunus, Tamam, Bolong, Adzharuddin & Ibrahim, 2017). Επιπλέον, πρότειναν ότι το προσωπικό χρειάζεται να διαθέτουν τα εξής διαπολιτισμικά ευαίσθητα στοιχεία: αυτοεκτίμηση, ενσυναίσθηση, αυτορρύθμιση, διευρυμένη οπτική του κόσμου, ενσυναίσθηση, ικανότητα διαχείρισης της αλληλεπίδρασης, αίσθημα χαλαρότητας στην επικοινωνία και μη επικριτική συμπεριφορά.

Ο Bennett ορίζει τη διαπολιτισμική ευαισθησία ως εμπειρία πολιτισμικής διαφοράς, μια εμπειρία που εξαρτάται από τον τρόπο που το άτομο κατασκευάζει τη διαφορά. Η διαπολιτισμική ευαισθησία περιλαμβάνει έξι αναπτυξιακά στάδια: την άρνηση, την άμυνα, την ελαχιστοποίηση, την αποδοχή, την προσαρμογή και την ενσωμάτωση των πολιτισμικών διαφορών (Bennett, 1993).

Η πολιτισμική ευαισθησία ορίζεται ως η φροντίδα και η ικανότητα του νοσηλευτή να ανταποκρίνεται στις στάσεις των ομάδων ανθρώπων, οι οποίοι μοιράζονται μια φυλετική, εθνική, θρησκευτική και γλωσσική κληρονομιά. Αναφέρεται στην ευαισθησία ή στον προσανατολισμό στις διαφορές μεταξύ των πολιτισμών και αποτελεί μια διεπιστημονική δομή που συζητείται ενεργά στους τομείς όπως η εκπαίδευση, η επικοινωνία αλλά και η νοσηλευτική (Balakrishnan, 2015).

Η διαπολιτισμική ευαισθησία συνδέεται με τη γνώση, την εκτίμηση, την κατανόηση και τον σεβασμό για την συνειδητοποίηση του εαυτού και των άλλων (Uzun & Sevinc, 2015). Η πολιτισμική ευαισθησία χρησιμεύει ως θεμέλιο για την ανάπτυξη της πολιτιστικής ικανότητας και είναι η συνιστώσα των διαπολιτισμικών δεξιοτήτων επικοινωνίας. Είναι πολύ σημαντική για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan & Boylu, 2017). Η διαπολιτισμική ευαισθησία αποτελεί την συναισθηματική διάσταση της ικανότητας και ορίζεται ως η «ενεργή προθυμία να δημιουργήσουν τα δικά τους κίνητρα να κατανοήσουν, να αποδεχθούν και να εκτιμήσουν τις διαπολιτισμικές διαφορές» (Simsek, Erkin & Temel, 2017).

Η διαπολιτισμική ευαισθησία νοείται ως η ενεργός επιθυμία του ατόμου να παρακινήσει να κατανοήσει, να εκτιμήσει και να σεβαστεί διαφορές μεταξύ των πολιτισμών (Foronda, 2008). Ο ορισμός αυτός αναφέρεται όχι μόνο στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τις διαφορές που υπάρχουν στις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις αντιλήψεις ανάμεσα στους πολιτισμούς, αλλά και να είναι σε θέση να κατανοήσει, να σεβαστεί, και να αποδεχτεί τις πολιτισμικές διαφορές. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, έχει υποστηρίχθηκε ότι η διαπολιτισμική ευαισθησία αποτελεί πρόδρομο για επιτυχημένες διαπολιτισμικές συναντήσεις (Chocce, Johnson & Yossatorm, 2015).

Η ανάπτυξη της πολιτισμικής ευαισθησίας είναι σημαντική στην εκπαίδευση των νοσηλευτών. Αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό για τους επαγγελματίες υγείας λόγω της σπουδαιότητά της για την βελτίωση της υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων. Η αξιολόγηση της πολιτισμικής ευαισθησίας των νοσοκόμων είναι ζωτικής σημασίας σε χώρες που αντιμετωπίζουν δημογραφικές και κοινωνικές μεταβολές λόγω της μετανάστευσης (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan & Boylu, 2017).

Για να επιτευχθεί η πολιτισμική ευαισθησία, χρειάζεται το προσωπικό να διαθέτει γνώση των πολιτιστικών διαφορών και αξιών. Αυτή η γνώση μπορεί να αποκτηθεί μέσω της κατάρτισης, της εκπαίδευσης, ή της εμπειρίας με ασθενείς από διαφορετικά πλαίσια (Parlar Kılıç & Sevinç, 2017). Στην φροντίδα περίθαλψης, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν και να σέβονται τις πολιτισμικά τεκμηριωμένες αξίες, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές των ασθενών ώστε να εξασφαλίσουν την ασφάλεια και την ποιότητα φροντίδας (Chang, Yang & Kuo, 2013). Οι ασθενείς χρειάζονται νοσηλευτές που εκτιμούν και σέβονται τον πολιτιστικό τους χαρακτήρα τις απόψεις και τις πεποιθήσεις, να επικοινωνούν αποτελεσματικά. Οι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερη ικανοποίηση στην φροντίδα από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν κίνητρα να μάθουν για άλλους πολιτισμούς καθώς και με όσους επιδεικνύουν γνώση, δεξιότητες και στάσεις όσον αφορά την πολιτισμική ευαισθησία (Meydanlioglu, Arıkan & Gozum, 2015). Χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη οι διατροφικές συνήθειες, τα έθιμα και οι παραδόσεις σε μια πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα. Ένα τρίτο ουσιαστικό χαρακτηριστικό είναι η κατανόηση. Το τέταρτο χαρακτηριστικό και ένα θεμελιώδες στοιχείο της πολιτιστικής ευαισθησίας είναι ο σεβασμός. Όταν οι υγειονομικό προσωπικό δείχνουν σεβασμό στην κουλτούρα και στην γλώσσα των ασθενών αυτό συνδέεται με την πολιτισμική ευαισθησία (Foronda, 2008).

Η πολιτισμική ευαισθησία περιλαμβάνει τη χρήση πολιτισμικά κατάλληλης γλώσσας, την πολιτιστική γνώση, την κατανόηση των πολιτιστικών αξιών, την εκτίμηση της νοοτροπίας στην αξιολόγηση των ασθενών και την προσαρμογή της θεραπείας σύμφωνα με τις πολιτιστικές γνώσεις που έχουν για τον ασθενή (Ulrey & Amason, 2001). Η διαπολιτισμική ευαισθησία αντιπροσωπεύει την συναισθηματική πτυχή της ικανότητας για διαπολιτισμική επικοινωνία με αναφορά στην ενεργό επιθυμία των φοιτητών να κατανοούν, να εκτιμούν και να δέχονται τις διαφορές μεταξύ των πολιτισμών (Chang, Yang, & Kuo, 2013).

Το υγειονομικό προσωπικό χρειάζεται να αναγνωρίσουν τη σημασία της πολιτιστικής ευαισθησίας στις πρακτικές τους και να εργαστούν για να αυξήσουν τη δική τους διαπολιτισμική ικανότητα (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan & Boylu, 2017). Η πολιτισμική ευαισθησία σχετίζεται με τη επιθυμία του φοιτητή να χρησιμοποιήσει τις πολιτισμικές γνώσεις ενώ αλληλεπιδρά με τους ασθενείς. Περιλαμβάνει περαιτέρω την κατανόηση και τον σεβασμό των αξιών, των πεποιθήσεων και των στάσεων των άλλων (Aslan, Yilmaz, Kartal, Erdemir & Güleç, 2016· Unver, Uslu, Kocatepe & Kuguoglu, 2019). Οι υγειονομικό προσωπικό πρέπει να αναγνωρίσουν τη σημασία της πολιτιστικής ευαισθησίας στις πρακτικές τους και να εργαστούν για να αυξήσουν τη δική τους διαπολιτισμική ικανότητα (Ulrey & Amason, 2001). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σημειώθηκε ότι η πολιτισμική ευαισθησία χαρακτηρίζεται από την αναγνώριση της διαφορετικότητας και διαπολιτισμικότητας. Η συνειδητοποίηση αυτών των εννοιών οδηγεί σε μια εσωτερική διαδικασία αυτο-εξερεύνησης των προσωπικών φυλετικών προκαταλήψεων (Prosen, 2015). Η διαπολιτισμική ευαισθησία αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο για την υλοποίηση της διαπολιτισμικής επικοινωνίας στη σύγχρονη εποχή. Τα άτομα χρειάζεται να διαθέτουν διαπολιτισμική ευαισθησία, ώστε να μπορέσουν να επικοινωνήσουν ομαλά.

#### **2.4 Διαπολιτισμική Επικοινωνία**

Μέσα στον σημερινό Παγκοσμιοποιημένο κόσμο, η δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ των πολιτισμών αυξάνεται (Αποστολαρά, 2013). Της μελέτες έχουν καταδείξει τη σημασία της διαπολιτισμικής ευαισθησίας ως σημαντική προϋπόθεση για την επικοινωνία μεταξύ των πολιτισμών (Dell'Osso, 2016). Η διαπολιτισμική επικοινωνία γίνεται ολοένα και πιο σημαντική καθώς πολλοί εργαζόμενοι πρέπει να μάθουν πώς να επικοινωνούν αποτελεσματικά με ανθρώπους από της πολιτισμούς (Rodgers & McGoven, 2002). Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η αποτελεσματική

διαπολιτισμική επικοινωνία έχει μεγαλύτερη σημασία καθώς επηρεάζει τη σωματική και ψυχική ευεξία των ασθενών. Η ικανότητα στην διαπολιτισμική επικοινωνία περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: την γνωστική (πολιτισμική συνείδηση), τη διαπολιτισμική ευαισθησία, την αποτελεσματικότητα και την συμπεριφορά (διαπολιτισμική επιδεξιότητα) (Bekiroğlu & Balci, 2014).

Η εκτίμηση της πολιτισμικής ταυτότητας των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί πρωταρχική σημασία για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας συνυφασμένη με το πολιτισμικό πλαίσιο (Fritz & Möllenberg, 2002). Η αποτελεσματική επικοινωνία θα βοηθήσει στην σωστή αξιολόγηση και στην διαμόρφωση εξατομικευμένης νοσηλευτικής παρέμβασης. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές θα πρέπει να κατανοήσουν της συμπεριφορές και την κουλτούρα των ασθενών ώστε να παρέχουν καλύτερη φροντίδα. Είναι σημαντικό να υπάρξουν και της έρευνες για την διαπολιτισμική ευαισθησία (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011).

Σύμφωνα με την έρευνα των Krupic, Samuelsson, Fatahi, Skoldenberg και Sayed-Noor (2017), για την βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών, χρειάζεται της επαγγελματίας διερμηνέας. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η κατάλληλη ποιοτική φροντίδα.

Σύμφωνα με τον Chen και τον Starosta (2000), υποστηρίζουν ότι η έννοια της διαπολιτισμικής επικοινωνίας αποτελείται από τρεις πτυχές: γνωστικές, συναισθηματικές, και συμπεριφορική ικανότητα των αλληλοεπιδρώντων στη διαδικασία της διαπολιτισμικής επικοινωνίας.

Το προσωπικό χρειάζεται να διαθέτουν τις απαιτούμενες διαπολιτισμικές δεξιότητες κατά την αλληλεπίδρασή τους με άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, οι οποίες θα οριστούν παρακάτω.

## **2.5 Διαπολιτισμικές δεξιότητες**

Οι διαπολιτισμικές δεξιότητες αποτελούν την ικανότητα συλλογής των πολιτιστικών δεδομένων σχετικά με την υγεία του ασθενή με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις πολιτισμικές δεξιότητες για να συλλέξουν και να χρησιμοποιήσουν πολιτισμικές πληροφορίες, οι οποίες αφορούν το ιστορικό υγείας ενός ατόμου. Οι πολιτισμικές δεξιότητες αντιμετωπίζουν την ανάγκη να αξιολογούνται έγκαιρα οι περιπτώσεις και να προτείνονται κατάλληλες προσαρμογές στη φροντίδα (Lin, Lee & Huang, 2017). Οι πολυπολιτισμικές δεξιότητες επιδεικνύονται όταν το

προσωπικό κατανοούν και εκτιμούν τις διαφορές στις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές στην υγεία, αναγνωρίζουν και σέβονται τις αλλαγές που συμβαίνουν σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες και είναι σε θέση να προσαρμόσουν την πρακτική τους ώστε να παρέχουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε διάφορους πολιτισμούς.

Οι πολιτισμικές ικανότητες είναι ένας συνδυασμός γνώσεων και δεξιοτήτων στις σχέσεις με ανθρώπους που επιτρέπουν στα άτομα να βελτιώσουν την κατανόησή τους, την ευαισθησία, την αποδοχή, το σεβασμό και την ανταπόκρισή τους στις πολιτισμικές διαφορές και στις σχέσεις που προκύπτουν από αυτά. Οι πολιτισμικές ικανότητες στην υγειονομική περίθαλψη βασίζονται στην αναγνώριση των πολιτισμικών πεποιθήσεων, συνηθειών και αξιών του ασθενούς (Colleges, 2015). Επιπλέον, σημαντικές για την επιτυχημένη διαπολιτισμική επικοινωνία αποτελούν οι διαπολιτισμικές γνώσεις που χρειάζεται να κατέχει κάποιος όταν επικοινωνεί και αλληλεπιδρά με το διαφορετικό άλλο, οι οποίες θα παρουσιαστούν στη συνέχεια.

## **2.6 Διαπολιτισμικές Γνώσεις**

Οι διαπολιτισμικές γνώσεις αποτελούν τις γνώσεις που αποκτούν οι υγειονομικοί προσωπικό. Οι έννοιες, οι θεωρίες και οι μέθοδοι αξιολόγησης της πολιτιστικής υγειονομικής περίθαλψης. Αποτελεί την διαδικασία κατά την οποία ο φοιτητής ανακαλύπτει περισσότερα για τους άλλους πολιτισμούς. Οι πολιτισμικές γνώσεις αντιμετωπίζουν την ανάγκη για επαρκή γνώση για την ενίσχυση των πολιτισμικών συμπεριφορών, την πραγματοποίηση φυσικών εκτιμήσεων βάσει της πολιτιστικής κληρονομιάς, πέρα από τα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα, τη συνεκτίμηση και σεβασμό των πολιτιστικών πεποιθήσεων και αξιών των πελατών και τη χρήση πόρων για την παροχή πολιτιστικής ευαισθησίας στην υγειονομική περίθαλψη (Lin, Lee & Huang, 2017). Η κατανόηση των αξιών, των πεποιθήσεων, των πρακτικών και των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων των πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων επιτρέπει σε κάποιον να αποκτήσει εμπιστοσύνη στις συναντήσεις του / της με αυτούς. Η πολιτιστική γνώση συνεπάγεται μια πιο ολιστική, την εννοιολογική κατανόηση ενός πολιτισμού, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού, του πολιτικού και του κοινωνικού περιβάλλοντα.

Η επίτευξη των πολιτιστικών γνώσεων περιλαμβάνει την αναζήτηση και την απόκτηση ποικίλων πολιτιστικών πληροφοριών, προκειμένου να κατανοήσουν τις προοπτικές των ασθενών. Προσδιορίζονται δύο γενικές κατηγορίες γνώσεων που πρέπει να έχουν τα άτομα αλληλεπιδρούν με έναν πολιτιστικά ικανό τρόπο: έχοντας γνώση της

συγκεκριμένης γνώσης και έχοντας γνώση των θεσμικών φραγμών που εμποδίζουν την πρόσβαση ορισμένων πληθυσμών. Οι υγειονομικοί προσωπικοί πρέπει να κατέχουν και να εφαρμόζουν γνώσεις σχετικά με την κουλτούρα του πελάτη (Hoverman, 2012). Οι πολιτιστικές γνώσεις περιλαμβάνουν αναζήτηση και απόκτηση μιας βάσης πληροφοριών για διαφορετικές πολιτιστικές και εθνοτικές ομάδες.

Το υγειονομικό προσωπικό χρησιμοποιούν πολιτισμικές δεξιότητες για να συλλέξουν και να χρησιμοποιήσουν πολιτισμικά σχετικές πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό υγείας ενός ασθενή. Να ενσωματώσουν τις επαγγελματικές τους γνώσεις με τις γνώσεις και την πρακτική του πελάτη για να διαπραγματευτούν και να προωθήσουν μια πολιτισμικά σχετική φροντίδα για έναν συγκεκριμένο πελάτη.

## **2.7 Διαπολιτισμική Νοσηλευτική**

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί μια περιοχή μελέτης και πρακτικής, η οποία επικεντρώνεται σε μια συγκριτική ανάλυση της διαφορετικής κουλτούρας, με σεβασμό στην φροντίδα, τις πεποιθήσεις της υγείας και τις αξίες, στοχεύοντας στην παροχή πολιτισμικά εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας (Καλοκαιρινού & Αθανασοπούλου, 2010· Μπουτσιούκα, και συν., 2017). Εστιάζει στην φροντίδα ατόμων με διαφορετικές πολιτισμικές αξίες (Prosen, 2015). Ο όρος «διαπολιτισμική νοσηλευτική» προέκυψε από την ανάγκη να παρέχεται φροντίδα στους ανθρώπους που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (Leininger, 1997). Το θεωρητικό πεδίο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας με σεβασμό στην πολιτισμική διαφορετικότητα (Sagar, 2012· Καλοκαιρινού, Κοδέλλα & Τολίκα, 2003).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι απαραίτητη για την παροχή μιας ολιστικής φροντίδας στα άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από την Leininger το 1979. Η Leininger παρείχε τους πρώτους τυπικούς ορισμούς των πολυπολιτισμικών πρακτικών νοσηλευτικής και ασθένειας, των πεποιθήσεων και των αξιών. Θεωρείται η θεμελιωτής της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής «Transcultural Nursing». Όπως επισήμανε, η Leininger, η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας επίσημος τομέας μελέτης και πρακτικής επικεντρωμένος στη συγκριτική ολιστική φροντίδα σε σχέση με τις διαφορές και τις ομοιότητες στις πολιτιστικές τους αξίες και τις πεποιθήσεις. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ασχολείται με το πώς αλληλοεπιδρούν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς σε

πολιτιστικό επίπεδο. Στόχος είναι η παροχή πολιτιστικής, ευαίσθητης και ικανής νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα διαφορετικών πολιτισμών (Leininger, 1997).

Σύμφωνα με την Leininger, η φροντίδα, η κουλτούρα και οι κοινωνικές δομές είναι έννοιες που συνδέονται μεταξύ τους. Η φροντίδα ορίζεται ως η πλήρης και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί το κλειδί για την απελευθέρωση της πολιτιστικής ικανότητας σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης για ένα έθνος με ένα τόσο πλούσιο ιστορικό παρελθόν και ένα πολιτισμικά διαφορετικό μέλλον (Busher Betancourt, 2015).

## **2.8 Ηθικές αξίες της Νοσηλευτικής**

Ο κλάδος της Νοσηλευτικής συνιστά, επομένως, μία από τις κορυφαίες περιπτώσεις στις οποίες οι ενασχολούμενοι με αυτόν καλούνται να αντιμετωπίσουν και να υπερβούν διάφορους φραγμούς ώστε να επιτελέσουν το έργο – λειτούργημά τους (Καδιγιαννόπουλος, 2015). Βεβαίως, το ερώτημα το οποίο γεννάται, είναι εάν υπάρχουν προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό και εάν αυτές είναι σύμφωνες ή είναι αντιφατικές μεταξύ τους (Ζυγά, 2010).

Η Νοσηλευτική, ως επιστήμη η οποία ασχολείται με τον άνθρωπο και την υγεία του, έχει ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια. Δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες. Ειδικότερα, με τις αξίες της αγάπης για φροντίδα και ενδιαφέρον στον νοσηλευόμενο άνθρωπο, του δέους για το δώρο που ονομάζεται ζωή, του σεβασμού στην αξία, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπου, του σεβασμού στην προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή, της ευθύνης για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και της συμβολής των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων (Ζυγά, 2010).

Οι προαναφερθείσες αξίες συμβαδίζουν με το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού και στη σύγχρονη εποχή. Επιπρόσθετα, αυτές θεμελιώνονται και με θεσμικό πλαίσιο. Αφού ο κώδικας Ηθικής της American Nursing Association (ANA) αναφέρει, μεταξύ άλλων, πως ο/η νοσηλευτής/τρια) παρέχει υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ανεξάρτητες από σκέψεις για κοινωνική ή οικονομική κατάσταση ή τη φύση των προβλημάτων υγείας, β) προστατεύει τον ασθενή όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου, γ) αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για νοσηλευτικές κρίσεις και

πράξεις, δ) συμμετέχει σε δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των γνώσεων του επαγγέλματός του και ε) συμμετέχει στις προσπάθειες να δημιουργήσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλλουν σε υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (Σαρρής, 2001).

Εν συντομία, σεβόμενοι τις παραπάνω αξίες το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα. Χωρίς να επηρεάζεται από ήθη, έθιμα, θρησκευτικές ή άλλες πολιτιστικές πεποιθήσεις οι οποίες ενδεχομένως να διαφοροποιούνται από αυτές του ιδίου. Ο ασθενής απαιτείται να αντιμετωπίζεται όχι μόνο υπό το πρίσμα της αρρώστιας και της θεραπείας αλλά και υπό το πρίσμα της διατήρησης και της προαγωγής της υγείας του. Βάσει, όμως, του δικού του τρόπου ερμηνείας των οικείων ζητημάτων. Απαιτείται, με άλλα λόγια, η παροχή μίας ολιστικής φροντίδας στον ασθενή μέσα σε ένα πλαίσιο σεβασμού της διαφορετικής προσέγγισης της νόσου εκ μέρους του ασθενή και της ξεχωριστής προσωπικότητας του (Σαρρής, 2001).

## **2.9 Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

Οι ανάγκες για μια διαπολιτισμική νοσηλευτική εκπαίδευση υποστηρίχθηκαν από διάφορους ερευνητές (Simsek, Erkin & Temel, 2017). Η έννοια διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα περιγράφει την φροντίδα που αναγνωρίζει την πολιτισμική ποικιλομορφία και έχει ως επίκεντρο τις πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών. Η κατανόηση του πολιτισμού οδηγεί στην πολιτισμική ευαισθησία, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί στον κόσμο της υγείας και μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερο επίπεδο τα πρότυπα της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιοτικής φροντίδας (Αργυριάδης & Μπέλλου - Μυλωνά, 2016). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ορίζεται ως ένας επίσημος τομέας σπουδών και πρακτικής, ο οποίος επικεντρώνεται στην συγκριτική ολιστική κουλτούρα της φροντίδας και της υγείας των ανθρώπων σε σχέση με τις διαφορές και τις ομοιότητες στις πολιτιστικές τους αξίες και τις πεποιθήσεις με το στόχο να προσφέρουν οι νοσηλευτές μια πολιτισμική, ικανή και αποτελεσματική φροντίδα (Albougami, Pounds & Alotaibi, 2016). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική χαρακτηρίζεται από παρεμβάσεις που είναι ευαίσθητες στις ανάγκες των ατόμων, στις οικογένειες και στις ομάδες που εκπροσωπούν διαφορετικό πολιτισμικό πληθυσμό μέσα σε μια κοινωνία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ακόλουθα χαρακτηρίζονται ως πολιτιστικές ανάγκες: η ανάγκη ίσης πρόσβασης στη θεραπεία και φροντίδα, ο σεβασμός των πολιτιστικών πεποιθήσεων και οι πρακτικές, συμπεριλαμβανομένων



των θρησκευτικών, προσωπικών αναγκών φροντίδας και η επικοινωνία (Narayanasamy, 2002).

Ο κώδικας δεοντολογίας του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ICN) δηλώνει την αναγκαιότητα για μια νοσηλευτική, η οποία θα είναι καθολική και ότι θα βασίζεται στον σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ανεξαρτήτως εθνικότητας, γλώσσας, θρησκείας, φύλου, ηλικίας, πολιτικών πεποιθήσεων και κοινωνικής κατάστασης. Το ICN (2012) υποστηρίζει την άποψη ότι για να εξασφαλιστεί η ανάπτυξη της πολιτιστικής ικανότητας των νοσηλευτών, πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σε πολιτιστική περίθαλψη σε όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Το προσωπικό της νοσηλευτικής χρειάζεται να αυξήσουν τις γνώσεις τους για τις διαφορετικές αντιλήψεις του κόσμου. Για να αντιμετωπιστούν οι ανισότητες στην πρόσβαση και στην υγειονομική περίθαλψη, καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη οι σχέσεις εξουσίας, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, οι ηλικιακές διαφορές, οι οργανωτικές δομές και οι υποκειμενικές εμπειρίες ανθρώπων από άλλες πολιτιστικές ομάδες.

Επίσης η διαπολιτισμική νοσηλευτική οφείλει να στηρίζεται στις βασικές αρχές, οι οποίες είναι:

- α) η ελευθερία και η ισότητα,
- β) το πολιτισμικό δικαίωμα της έκφρασης αξιών και πεποιθήσεων,
- γ) η διαφορετικότητα για το κοινό όφελος,
- δ) η ίση παροχή ευκαιριών χωρίς φυλετικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές, και γλωσσικές διακρίσεις,
- ε) η ευαισθητοποίηση των φοιτητών σχετικά με τις πολυπολιτισμικές έννοιες και
- στ') η ανάπτυξη της πολιτισμικής ικανότητας/επάρκειας και της ευαισθησίας (Sagar, 2012).

Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να ανταποκριθούν στις ανάγκες όλων των ατόμων με διαφορετικούς πολιτισμούς σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία, είναι απαραίτητο να έχουν πολιτισμική ευαισθησία ώστε να την ενσωματώσουν στη φροντίδα. Η

πολιτισμική ευαισθησία είναι ένας βασικός όρος που είναι απαραίτητος για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Simsek, Erkin & Temel, 2017).

Τα τελευταία χρόνια, ειδικά στις πολυπολιτισμικές χώρες του κόσμου, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη διαπολιτισμική ευαισθητοποίηση προκειμένου να παρέχεται υγειονομική περίθαλψη στα άτομα σύμφωνα με τις πολιτιστικές τους δομές (Unver, Uslu, Kocatepe, & Kuguoglu, 2019). Εκτός αυτού, έχουν γίνει νέες ρυθμίσεις στα προγράμματα περίθαλψης και εκπαίδευσης για την παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για τη διαπολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα (Aktas, Ertug & Öztürk, 2015). Οι έννοιες της πολιτισμικής ικανότητας και της ασφάλειας έχουν συμπεριληφθεί στους πρόσφατους κανονισμούς για το αναλυτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Για το λόγο αυτό, η διαπολιτισμική εκπαίδευση δίνει τη δυνατότητα σε φοιτητές να αποκτήσουν μεγαλύτερη επαγγελματική ικανότητα και να παρέχουν καλύτερη φροντίδα σε άτομα από διαφορετικούς πολιτισμούς.

Σκοπός της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να στοχεύει στην κατάλληλη προετοιμασία των φοιτητών, προκειμένου να αναπτύξουν τη διαπολιτισμική ικανότητα, την ικανότητα να λειτουργούν αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κουλτούρας και να παρέχουν ολιστική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων (Αργυριάδης & Μπέλλου - Μυλωνά, 2016). Παράλληλα, να στοχεύει στον σεβασμό και στην αποδοχή των διαφορετικών πεποιθήσεων των ασθενών από διαφορετικούς πολιτισμούς (Narayanasamy, 2015).

## **2.10 Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και διαπολιτισμική ικανότητα νοσηλευτών**

Όσον αφορά τον ίδιο τον όρο διαπολιτισμικότητα είναι ένας από τους πολλούς τρόπους διαχείρισης της πολυπολιτισμικότητας. Δίνει έμφαση στη γνωριμία και στην αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών που συνθέτουν μία κοινωνία. Περιστρέφεται γύρω από τις έννοιες της συμμετοχής σε μία συλλογικότητα η οποία με τη σειρά της συνδέεται με τη συμμετοχή στο κοινωνικό γίγνεσθαι, αλλά και τη συμμετοχή στο παραγόμενο προϊόν της εθνικής ταυτότητας, της πρόσβασης, με την έννοια της ισότητας των ευκαιριών και της αξιοκρατίας και της ευθύνης, με την έννοια της συνείδησης των υποχρεώσεων που απορρέουν από το ανήκειν σε μία συλλογικότητα (Papadopoulos, Καλοκαιρινού, Κούτα, 2011).

Συνεχίζοντας με την έννοια της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, το 1995 η Madeleine Leininger, για την οποία γίνεται εκτενής λόγος παρακάτω, μίλησε για την οικεία έννοια δίνοντας τον ακόλουθο ορισμό: <...Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας χώρος μελέτης των ανθρώπινων πολιτισμών σε σχέση με την ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες σχετίζονται με τα νοσηλευτικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας ή ασθένειας μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας. Εστιάζει σε πολιτισμικές αξίες, σε πιστεύω και σε τρόπους ζωής ανθρώπων και οργανισμών και χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για να παράσχει φροντίδα σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες ή και παγκοσμίως (Leininger, 2002).

Βασικό γνώρισμα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής αποτελεί ο σεβασμός απέναντι στις διαφορετικές πολιτισμικές αξίες, στον διαφορετικό τρόπο ζωής και στις διαφορετικές προσωπικές αντιλήψεις ανθρώπων οι οποίες ενδέχεται να διαφοροποιούνται από αυτές των επαγγελματιών υγείας. Σκοπός της είναι να παρέχει μία σταθερή και συμπονετική φροντίδα στον ασθενή. Ενώ, επιτυχημένη λογίζεται η διαπολιτισμική νοσηλευτική όταν παρέχει μία ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με πολυπολιτισμικά χαρακτηριστικά (Ζυγά, 2010).

Ο όρος που χρησιμοποιείται από την επιστημονική κοινότητα για να περιγράψει αυτή την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η διαπολιτισμική ικανότητα. Με άλλα λόγια, η ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να λειτουργεί ορθά και αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κουλτούρας. Δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν πολλά οφέλη από πολιτισμικά κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, η κουλτούρα και ιδίως η γνώση αυτής εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενή (Γκόβαρης, 2004).

### **2.11 Madeleine Leininger**

Η Madeleine Leininger είναι ενδεχομένως η πρώτη ερευνήτρια η οποία συνειδητοποίησε την ανάγκη προσέγγισης των προβλημάτων στον χώρο της Νοσηλευτικής από διαφορετική οπτική γωνία. Σε αυτό συνέβαλε και η χρόνια ενασχόλησή της με διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες ασθενών. Ειδικότερα, κατά την διάρκεια της εργασίας της σε ένα τμήμα φροντίδας παιδιών διαπίστωσε ότι ο φραγμός για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας στα παιδιά αποτελούσε το γεγονός πως το προσωπικό δε γνώριζε την ιδιαίτερη κουλτούρα του κάθε παιδιού αλλά και της οικογενείας του. Έτσι, επικεντρώθηκε μέσα από τις έρευνές της να ανακαλύψει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μίας διαφορετικής κουλτούρας βιώνουν τις υπηρεσίες

υγείας που τους παρέχονται. Παράλληλα, απέδωσε βαρύτητα και μελέτησε τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην προσπάθεια παροχής αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας. Υποστήριξε ότι τα φαινόμενα τα οποία σχετίζονται με την επιστήμη της Νοσηλευτικής κατανοούνται αποτελεσματικότερα εντός του φυσικού, ιστορικού, κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο ανήκει το άτομο και ενδεχομένως ο ασθενής. Ενώ, η στάση απέναντι στη ζωή καθώς και η προσωπική εμπειρία από τη νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι αμελητέοι παράμετροι προς την οικεία κατεύθυνση (Leininger, 2002).

### **2.11.1 Το “Sunrise Model” της Leininger**

Η θεωρία της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής της Leininger που το ονομάζει «Sunrise model» στοχεύει ώστε να προετοιμάσει τους νοσηλευτές να είναι ευαίσθητοι, κατάλληλοι και αποτελεσματικοί στην φροντίδα ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Η θεωρία της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής της Madeline Leininger, εξαρτάται από την επικοινωνία και τη φροντίδα που εκδηλώνεται από τον νοσηλευτή (Busher Betancourt, 2015).

Η θεωρία της Leininger απεικονίζεται ως η ανατολή του ηλίου για να ανακαλύψει τον πολιτισμό η οποία συμβολίζει την ελπίδα για τη δημιουργία νέων γνώσεων στην νοσηλευτική. Το μοντέλο παρουσιάζει παράγοντες όπως είναι:

- (1) ο τεχνολογικός,
- (2) ο θρησκευτικός και φιλοσοφικός,
- (3) η κοινωνική,
- (4) οι πολιτιστικές αξίες,
- (5) οι πολιτικοί και νομικοί,
- (6) οι οικονομικοί και

οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι επηρεάζουν άτομα, οικογένειες και ομάδες στην υγεία (Sagar, 2012).

Οι ρίζες της θεωρίας της φροντίδας των διαφορετικών πληθυσμών και της καθολικότητας αντικατοπτρίζουν την νοσηλευτική πρακτική και αντλούνται από τις εμπειρίες και τη δημιουργική σκέψη του νοσηλευτή. Η θεωρία αυτή αποτελεί μια σημαντική θεωρία φροντίδας με έμφαση στη νοσηλευτική και στη σημασία που έχει να γνωρίζει και να βοηθά τους ασθενείς από διάφορους πολιτισμούς. Οι πολιτιστικοί παράγοντες φροντίδας αναγνωρίζονται ως σημαντικές επιρροές στις ανθρώπινες

εκφράσεις που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια (Leininger, 1997). Το μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και σε διάφορα συστήματα υγείας. Η θεωρία αυτή έχει ανανεωθεί για έξι δεκαετίες και χρησιμοποιείται στη νοσηλευτική καθώς και σε άλλους κλάδους που σχετίζονται με την υγεία. Η Leininger υπογραμμίζει ότι ο νοσηλευτής χρειάζεται όχι μόνο να είναι ο μεσολαβητής, αλλά και να είναι πολύ καλά ενημερωμένος για τον πολιτισμό του ασθενή και να αναπτύξει γνώσεις και ικανότητες που σχετίζονται με τις πολιτισμικές διαφορές (Chang, Yang & Kuo, 2013). Δίνει μεγάλη έμφαση στο ρόλο που παίζει η κατάλληλη πολιτισμική αξιολόγηση όταν εργάζεται ο νοσηλευτής με ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα ώστε να παρέχεται η ανάλογη φροντίδα. Κατά τη διαδικασία αυτής της αξιολόγησης το νοσηλευτικό προσωπικό ανακαλύπτει τις πολιτισμικές γνώσεις που συχνά είναι ενσωματωμένες στο άτομο και τις οικογενειακές αξίες (Albougami, Pounds & Alotaibi, 2016). Η Leininger πρότεινε μια σύντομη πολιτιστική αξιολόγηση σε τέσσερις φάσεις: 1) καταγραφή παρατηρήσεων, 2) ταυτοποίηση προτύπων και αφηγήσεων 3) σύνθεση των θεμάτων και των σχεδίων, και 4) την ανάπτυξη μιας πολιτισμικά συναφούς φροντίδας από κοινού με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής αρχικά συλλέγει τις πληροφορίες σχετικές με την ξένη κουλτούρα πριν την επαφή με τον ασθενή. Στη συνέχεια, παρέχει ευαίσθητη πολιτισμικά νοσηλευτική φροντίδα και αξιολογεί τις συμπεριφορές νοσηλευτικής φροντίδας (Sagar, 2012).

## **2.12 Άλλα θεωρητικά μέσα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής**

Τα θεωρητικά μέσα που χρειάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να πετύχει τους στόχους της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι, πέραν της θεωρίας της Madeleine Leininger για την οποία έγινε λόγος παραπάνω, τα εξής: η θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere, η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας της Campinha-Bacote, η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας της Ramsden και διάφορα διαπολιτισμικά μοντέλα δανεισμένα από άλλες επιστήμες όπως λόγου χάριν το αφομοιωτικό μοντέλο, το μοντέλο της ενσωμάτωσης, το πολυπολιτισμικό μοντέλο, και το μοντέλο της διαπολιτισμικής ετοιμότητας από τον τομέα της εκπαίδευσης (Κελέση, Φασόη, Παπαγεωργίου, 2016).

### **2.12.1 Η θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere**

Βάσει της συγκεκριμένης θεωρίας το έργο του επαγγελματία υγείας και ειδικότερα το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σεβασμό απέναντι στον ασθενή αλλά και το πολιτισμικό του υπόβαθρο. Για να επιτευχθεί,

ωστόσο, αυτό η συλλογή πληροφοριών και η απόκτηση γνώσεων περί της κουλτούρας του ασθενή κρίνονται αναγκαίες. Η εν λόγω θεωρία υποστηρίζει την προσαρμογή των όποιων παρεμβάσεων σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις αξίες του πολιτισμικού συστήματος του ασθενή (Κελέση, Φασόη, Παπαγεωργίου, 2016).

#### **2.12.2 Η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας της Campinha – Bacote**

Η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας επικεντρώνεται στην καλλιέργεια της διάθεσης του επαγγελματία υγείας για συνεχή εξέλιξη και επιμόρφωση. Με τον τρόπο αυτό δύναται να εξελιχθεί και να αντιμετωπίζει κάθε περίπτωση καλύτερα. Η συγκεκριμένη θεωρία αποδίδει μεγάλη βαρύτητα στην πολιτισμική ικανότητα και διακρίνει τις εξής ικανότητες: πολιτισμική συνειδητοποίηση, πολιτισμική γνώση και δεξιότητα, πολιτισμικές συναντήσεις και πολιτισμική επιθυμία (Κελέση, Φασόη, Παπαγεωργίου, 2016).

#### **2.12.3 Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας της Ramsden**

Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας επικεντρώνεται στη δύναμη της σχέσης μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Προτείνει την ενθάρρυνση του ασθενή και απαιτεί από τους νοσηλευτές: να κάνουν εσωτερική ανασκόπηση επανελέγχοντας προσωπικές αξίες και ιδέες, να έχουν ανοιχτούς ορίζοντες και να είναι ευέλικτοι (Κελέση, Φασόη, Παπαγεωργίου, 2016).

#### **2.12.4 Το μοντέλο της αφομοίωσης και της ενσωμάτωσης**

Ο όρος αφομοίωση αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία άτομα διαφορετικής εθνικής και φυλετικής προέλευσης απορροφώντας, αλληλεπιδρούν και συμμετέχουν στα δρώμενα μιας ευρύτερης κοινωνίας στην οποία εντάσσονται. Βασική θέση του αφομοιωτικού μοντέλου είναι ότι το έθνος αποτελεί ένα ενιαίο από πολιτισμική και πολιτική άποψη σύνολο. Ενώ, οι όποιοι μεταναστευτικοί πληθυσμοί πρέπει να απορροφηθούν από τον ντόπιο ομοιογενή πολιτισμό, για να μπορέσουν να συμμετέχουν ισοδύναμα στη διαμόρφωση και διατήρηση της κοινωνίας (Μάρκου, 1998).

Με το μοντέλο της ενσωμάτωσης αναγνωρίζεται πως κάθε μεταναστευτική ομάδα αποτελεί φορέα ενός πολιτισμού. Ο εν λόγω φορέας πολιτισμού δέχεται και ταυτόχρονα ασκεί επιδράσεις στην κοινωνία υποδοχής συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία μιας νέας πολιτισμικής έκφρασης. Υπό το σκεπτικό αυτό η ενσωμάτωση υπονοεί τη διαδικασία κατά την οποία η παράδοση της εθνικής ομάδας αποτελεί μέρος της νέας εθνικής ταυτότητας (Μάρκου, 1998).

Στο συγκεκριμένο μοντέλο υπάρχει σύνδεση των πολιτισμικών διαφορών και αναγνώριση της πολιτισμικής ετερότητας σε βαθμό όμως που να μην κινδυνεύουν οι πολιτισμικές παραδοχές της κυρίαρχης κοινωνίας. Η ανοχή της πολιτισμικής ετερότητας αφορά θρησκευτικές πεποιθήσεις, ήθη, έθιμα, γιορτές κ.λπ. που δεν αποτελούν το βασικό δομικό υπόβαθρο της κοινωνίας (Μάρκου, 1998).

#### **2.12.5 Το πολυπολιτισμικό και διαπολιτισμικό μοντέλο**

Τη δεκαετία του '70 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υποδοχής μεταναστών γίνεται αντιληπτό πως το αφομοιωτικό μοντέλο και το μοντέλο της ενσωμάτωσης δεν παρείχαν κάποια ουσιαστική λύση στα προβλήματα των μεταναστών. Αντιθέτως, υπήρξαν δύο μοντέλα που αναπαρήγαγαν τις κοινωνικοπολιτισμικές ανισότητες. Έτσι, υποστηρίχθηκε η άποψη ότι η κοινωνική συνοχή προωθείται με την αναγνώριση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων του μεταναστευτικού πληθυσμού (Γκόβαρης, 2004).

Το πολυπολιτισμικό μοντέλο αναγνώριζε τη γλώσσα και τον πολιτισμό των μεταναστών και υπογράμμιζε την ανάγκη της ισότιμης συνύπαρξης αυτών με τη γλώσσα και τον πολιτισμό της χώρας υποδοχής. Ενώ, με το διαπολιτισμικό μοντέλο δόθηκε προτεραιότητα στην αλληλεπίδραση και αμοιβαία συνεργασία ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης με στόχο τη δημιουργία ανοιχτών κοινωνιών με βασικό χαρακτηριστικό την αλληλοκατανόηση και την αλληλοαποδοχή (Γκόβαρης, 2004).

### **2.13 Νοσηλευτική επάρκεια & ετοιμότητα**

Η απόκτηση πτυχίου ενός νοσηλευτή πιστοποιεί την εκπαιδευτική του επάρκεια. Θεωρητικά λοιπόν ο Έλληνας νοσηλευτής είναι επαρκής για να ανταποκριθεί στο έργο του. Οι γνώσεις και η παιδεία που έλαβε κατά την φοίτηση του αποτελούν τα απαραίτητα εφόδια για να επιτελέσει το έργο του. Άρα η επάρκεια καθορίζεται από την πολιτεία με το παρεχόμενο πτυχίο και αφορά την επιστημονική, τη θεωρητική και την ερευνητική κατάρτιση και βεβαιώνει την ικανότητα άσκησης του νοσηλευτικού έργου (Αποστολαρά, 2013).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς είναι αυτός που υλοποιεί την νοσηλευτική πολιτική. Ο νοσηλευτής μέσα από την ετοιμότητά του, πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται άμεσα τα ερεθίσματα που δέχεται να τα αξιοποιεί και να λειτουργεί αναλόγως. Η νοσηλευτική ετοιμότητα εκτός από την άμεση αντίδραση σε θέματα που αφορούν την νοσηλευτική πράξη, θέλει τον νοσηλευτή να είναι σε θέση να

αντιδρά άμεσα σε θέματα που αφορούν το νοσοκομειακό περιβάλλον, τις σχέσεις του με τους νοσηλευόμενους, τους συναδέλφους, καθώς και με τα όργανα του νοσοκομείου (Γερογιάννη κα,2008).

Στην Αμερική το Ινστιτούτο Ιατρικής και η Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής συνιστούν, ότι η επαγγελματική εκπαίδευση νοσηλευτών πρέπει να περιλαμβάνει την ανάπτυξη υψηλού επιπέδου πολιτιστικής ικανότητας (Kwasky A, Corrigan C.,2016).

Μια σύγχρονη μελέτη υποστηρίζει ότι, η πολιτισμική ικανότητα μαθαίνεται με την πάροδο του χρόνου και είναι μια διαδικασία εσωτερικής αντανάκλασης και συνειδητοποίησης. Οι τομείς της ευαισθητοποίησης, των δεξιοτήτων και της γνώσης είναι βασικές ικανότητες που πρέπει να αποκτήσουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά οι νοσηλευτές. Παρόλο που υπάρχουν εμπόδια στην παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας, η καλύτερη κατανόηση των πολιτιστικών ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ρεαλιστικών τεχνικών εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι οποίες οδηγήσουν σε ποιοτική επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική για όλο και πιο ποικίλους πληθυσμούς (Young S 1 , Guo KL.,2016).

Άλλες μελέτες αξιολογούν την πολιτισμική επάρκεια και ικανότητα των επαγγελματιών υγείας από την γνώμη των ασθενών. Πολλές φορές οι θετικές εμπειρίες των ασθενών αποδίδονται σε ορισμένες σχεσιακές και τεχνικές δεξιότητες, καθώς και σε ορισμένες προσεγγίσεις φροντίδας και επικοινωνίας από τον νοσηλευτή. Οι αρνητικές εμπειρίες σχετίζονται με την αγωγή, με την έλλειψη σεβασμού, την πίεση που οφείλεται σε χρονικούς περιορισμούς και την αίσθηση εγκατάλειψης λόγω γλωσσικών εμποδίων, διακρίσεων, διαφορετικών αξιών και επιρροών (Rocque R, & Leanza Y.,2015).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ**

### **3.1 Ενδεχόμενες δυσκολίες στην παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας**

Ένα άλλο ζήτημα το οποίο απασχολεί τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική είναι αυτό των δυσκολιών, εκ μέρους του ίδιου του νοσηλευτικού προσωπικού, κατά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας σε ανομοιογενείς πληθυσμούς. Οι εν λόγω δυσκολίες είναι αρκετές και η αλήθεια είναι πως η διεθνής βιβλιογραφία στερείται πληθώρας γνώσης αναφορικά με τη διαδικασία της διαπολιτισμικής φροντίδας των ασθενών με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Το γεγονός αυτό καθιστά το έργο των νοσηλευτών ακόμη πιο δύσκολο (Abitz, 2016).

Οι δυσκολίες που συνήθως αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν ως εξής:

- δυσκολία στη γλώσσα και κατά επέκταση στην επικοινωνία, όταν η ομιλούμενη γλώσσα του ασθενή δεν είναι κατανοητή από το νοσηλευτικό προσωπικό ή η ομιλούμενη γλώσσα του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι κατανοητή από τον ασθενή,
- έλλειψη γνώσης εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού για τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών, μία δυσκολία η οποία έχει την αφετηρία της στα ίδια τα εκπαιδευτικά συστήματα, καθώς έρευνες δείχνουν πως ελάχιστες είναι οι γνώσεις που αποκομίζουν οι νοσηλευτές αναφορικά με τις πολιτισμικές διαφορές κατά τα χρόνια των σπουδών τους
- δυσκολία στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων,
- δυσκολία στην επεξήγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και
- έλλειψη εναλλακτικών τρόπων διατροφής οι οποίοι είναι σύμφωνοι με τις πολιτισμικές προτιμήσεις και συνήθειες του ασθενή (Abitz, 2016).

Για την άμβλυνση των παραπάνω οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας τις τυχόν ιδιαιτερότητες των ασθενών τους. Με άλλα λόγια και ενδεικτικά, να προσέχουν τον τρόπο προσφώνησης καθώς δεν είναι κοινοί σε όλους τους πολιτισμούς και ενδέχεται να δημιουργήσουν παρεξηγήσεις, να γνωρίζουν τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες η οπτική επαφή θεωρείται αγένεια, να γνωρίζουν τις διαφορετικές ερμηνείες των χειρονομιών ανά πολιτισμό, να

γνωρίζουν τις ορθές (άρα αποδεκτές) πρακτικές, όπως αυτές ενδέχεται να ορίζονται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών, αναφορικά με τη θεραπεία μίας ασθένειας κ.ά. (Abitz, 2016).

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερα χρήσιμος μπορεί να αποδειχθεί ο θεσμός του διαπολιτισμικού μεσολαβητή. Συγκεκριμένα, η αξιοποίηση ενός ατόμου – μεσολαβητή - ο οποίος καλείται να λειτουργήσει ως δίαυλος επικοινωνίας ανάμεσα στους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή και στις υπηρεσίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Σκοπός αυτού είναι να διασφαλίσει τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενή όπως είναι η κατανόηση της σοβαρότητας του προβλήματος υγείας που αυτός αντιμετωπίζει και ο ορθός τρόπος θεραπείας του (Abitz, 2016).

### **3.2 Νοσηλευτική διαπολιτισμική φροντίδα**

Το θεωρητικό πεδίο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής δημιουργήθηκε μέσα από την ανάγκη της βαθύτερης κατανόησης της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης και αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας με σεβασμό στην ενδεχόμενη πολιτισμική διαφορετικότητα μεταξύ του επαγγελματία και του χρήστη υγείας (Glittenberg, 2004).

Από τις πρώτες νοσηλεύτριες που συνέλαβε την ανάγκη προσέγγισης των νοσηλευτικών προβλημάτων από διαφορετική οπτική γωνία ήταν η Madeleine Leininger , λόγω της συναναστροφής της με διαφορετικούς πληθυσμούς, η οποία συνειδητοποίησε νωρίς την ανάγκη να αναδυθούν νέες έννοιες και γνώσεις στην νοσηλευτική φροντίδα, όπως ο όρος «Διαπολιτισμική Νοσηλευτική», που σημαίνει τον συστηματικό τρόπο μελέτης και ταξινόμησης των δεδομένων, σχετικά με τις αντιλήψεις, πεποιθήσεις και πρακτικές μιας ομάδας ανθρώπων με κοινά πολιτισμικά στοιχεία για τη νοσηλευτική φροντίδα ( Leininger, M.,2001).

Η Leininger είχε στόχο να αντιληφθεί τον τρόπο τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και βιώνουν τις νοσηλευτικές και τις άλλες υπηρεσίες υγείας όταν ανήκουν σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα, και πως αυτό συμβαίνει καλύτερα μέσα στο φυσικό, ιστορικό, κοινωνικό, πολιτισμικό πλαίσιο του ανθρώπου και σε συνδυασμό με τη στάση του ίδιου ή μεγάλων ομάδων για τη ζωή καθώς και την εμπειρία τους από την φροντίδα (Leininger M., 1991). Επίσης υποστήριξε ότι, αν ενσωματωθούν, η ανθρωπολογία και η νοσηλευτική, κάθε κλάδος θα ωφεληθεί και θα προσφέρει ο ένας στον άλλον. Υποστήριξε ότι εάν αυτοί οι δύο κλάδοι μοιράζονταν, αν έκαναν κοινή τη

γνώση και την εμπειρία τους, αναμφίβολα θα γνώριζαν καινούργια μονοπάτια στον τρόπο της σκέψης ή θεωρίας και της έρευνας (Ιορδάνου, 2008).

Η ποιοτική διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται όταν υπάρχει, η πολιτισμική ευαισθησία και ο σεβασμός σε αποδεκτές μορφές επικοινωνίας, η αποφυγή προσβλητικής γλώσσας, καθώς και η αποφυγή των απόψεων που προσβάλλουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι διαθέσιμος σε διαφορετικούς πολιτισμικά πληθυσμούς και να αντιλαμβάνεται την επίγνωση της προσωπικότητας τους, των αξιών τους, των πεποιθήσεων και προκαταλήψεων τους. Οφείλει, δηλαδή να έχει πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία (Multicultural Nursing Education, 2011). Οι σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει ότι η πολιτισμικά ικανή φροντίδα βελτιώνει την ασφάλεια και την ισότητα για τους ασθενείς (Hadziabdic E et al, 2016).

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να διακατέχεται από πολιτισμική ικανότητα, δηλαδή το σύνολο των πεποιθήσεων, στάσεων και συμπεριφορών που να προωθούν την αποτελεσματική διαχείριση διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης χρηστών υγείας. Σύμφωνα με έρευνες, προϋπόθεση για την ανάπτυξη της πολιτισμικής ικανότητας θεωρείται η πολιτισμική επιθυμία, δηλαδή η ανάγκη των νοσηλευτών να εμπλακούν ενεργά και να κατανοήσουν άλλους λαούς (Isaacs AN et al, 2016). Όσο αφορά την πολιτισμική ευαισθησία, μια πρόσφατη έρευνα στην Τουρκία κατέδειξε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να προετοιμάζονται με πολιτισμική ευαισθησία και πολιτιστική ικανότητα και ότι η συνεχής εκπαίδευση και τα επίσημα μαθήματα σχετικά με την πολιτισμική ευαισθησία είναι απαραίτητα για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας. Έτσι, θα μπορούσαν να αποφευχθούν οι ανισότητες στην υγεία και να βελτιωθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Yilmaz M, et al. 2017).

Αντίθετη άποψη εκφράζει μελέτη στην Βολιβία, που συμπεραίνει πως η διαπολιτισμικότητα, που θεωρείται ως ο τρόπος βελτίωσης της υγείας του βολιβιανού πληθυσμού και σε συνδυασμό με την έννοια της καλής διαβίωσης, δεν συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και υγείας των πιο ευάλωτων πληθυσμών στη χώρα (Ramírez Hita S.,2014).

Ωστόσο δεν είναι λίγες οι φορές που οι νοσηλευτές δυσκολεύτηκαν με διαφορετικούς πολιτισμικά ασθενείς. Τροχοπέδη στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών μπορεί να σταθούν τα εξής:

1. Δυσκολία στη γλώσσα και την επικοινωνία.

2. Έλλειψη γνώσης για τις πολιτισμικές διαφορές.
3. Δυσκολία στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων.
4. Δυσκολία στην επεξήγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
5. Έλλειψη εναλλακτικών τρόπων διατροφής, που να είναι σύμφωνοι με τις πολιτισμικές προτιμήσεις και συνήθειες του ασθενή.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας τις τυχόν ιδιαιτερότητες που μπορούν να αντιμετωπίζουν π.χ (τον τρόπο προσφώνησης, την οπτική επαφή που σε κάποιες περιπτώσεις θεωρείται αγένεια, χειρονομίες κ.α.) (Multicultural Nursing Education, 2011).

Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι για την βελτίωση των αποτελεσμάτων επικοινωνίας μεταξύ υγειονομικού προσωπικού και ασθενών, ενδείκνυται η πρόσληψη επαγγελματία διερμηνέα, προκειμένου να χρησιμοποιούνται συγγενείς ή συνάδελφοι για να υλοποιήσουν αυτόν τον ρόλο. Έτσι διασφαλίζεται κατάλληλη ποιοτική φροντίδα, καθώς οι διερμηνείς είναι εκπαιδευμένοι όσο αφορά την πολιτισμική πολυμορφία και την ιατρική ορολογία τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους υγειονομικούς υπαλλήλους (Krupic F. et al, 2017).

Παρά την εκτεταμένη εμπειρία της διαπολιτισμικής επικοινωνίας, που μπορεί να έχουν οι επαγγελματίες υγείας, οι περισσότεροι δεν διαπιστώνουν καθόλου διαφορές μεταξύ της δικής τους επικοινωνιακής συμπεριφοράς και των αλλοδαπών ασθενών. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι δεν γνωρίζουν ότι η επαφή με πολυπολιτισμικούς ασθενείς θα μπορούσε να τους αναγκάσει να επικοινωνούν διαφορετικά από ό, τι με τους ασθενείς από την χώρα τους. Οι δεξιότητες γενικής επικοινωνίας διαφέρουν από τις διαπολιτισμικές επικοινωνιακές δεξιότητες και γι' αυτό είναι σημαντική η εφαρμογή συγκεκριμένης διαπολιτισμικής επικοινωνίας (Paternotte E., et al, 2016).

Άλλη μια μελέτη, που αναφέρεται σε Τούρκους μετανάστες στην Ολλανδία, υποστηρίζει ότι μεταναστευτικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή επηρεάζουν την ποσότητα συναισθηματικής έκφρασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με αποτέλεσμα την παρουσία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Γι' αυτό το πρωτοβάθμιο υγειονομικό προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται στη χρήση πιο συναισθηματικών τεχνικών επικοινωνίας για να αντιλαμβάνονται τις ενδείξεις και να

ενισχύσουν την αυξημένη συναισθηματική έκφραση των μεταναστών (Schouten BC & Schinkel S.,2015).

Τέλος, στην Ιταλία αναφέρονται στην συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, να μάθουν ολόένα και περισσότερα νέα εργαλεία όσον αφορά τις πολιτισμικές και κοινωνικές δεξιότητες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν μια ποικιλία διαφορετικών ασθενών, κυρίως όσο αφορά την μεταχείριση μουσουλμάνων κατά την διάρκεια του Ραμαζανιού (Leo A., et al,2016).

**3.3 Έρευνες σχετικά με τη διαπολιτισμικότητα στη νοσηλευτική επιστήμη**  
Σύμφωνα με την Καλαματιανού Αμαλία η έρευνα σχεδιάστηκε προκειμένου να διερευνήσει την διαπολιτισμική ευαισθησία των φοιτητών νοσηλευτικής. Ωστόσο, σε αυτή την μελέτη υπάρχουν κάποιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί. Πρώτον το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα περιλάμβανε μόνο υγειονομικό προσωπικό από την Πάτρα. Επομένως, δεν μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς είναι πιθανόν σε άλλα τμήματα νοσηλευτικής τα αποτελέσματα της έρευνας να διαφοροποιούνται (Zanetti, Dinh, Hunter, Godkin & Ferguson, 2014).

Πρόσφατες έρευνας στον τομέα της νοσηλευτικής κατέδειξαν ότι το προσωπικό είναι περισσότερο ευαίσθητοι σε θέματα διαπολιτισμικής ευαισθησίας (Zanetti, Dinh, Hunter, Godkin & Ferguson, 2014). Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα. Από τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό φαίνεται να έχουν ένα μεσαίο επίπεδο όσον αφορά τους παράγοντες. Όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα, τη διαπολιτισμική ενασχόληση, το προσωπικό παρουσιάζει σχετικά μεγαλύτερη άνεση προβολής θετικών συναισθηματικών αντιδράσεων πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη διαπολιτισμική αλληλεπίδραση. Τείνουν να μην σχηματίζουν γνώμες για τους πολιτισμικά διαφοροποιημένους πληθυσμούς πριν τους γνωρίσουν. Με άλλα λόγια, είναι ανοιχτόμυαλοι, πρόθυμοι να δεχτούν και να εκτιμήσουν διαφορετικά απόψεις και ιδέες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι να σέβονται περισσότερο τις αξίες, τις απόψεις και τους τρόπους συμπεριφοράς των ατόμων από διαφορετικούς πολιτισμούς, χωρίς αίσθηση ανωτερότητας του πολιτισμού τους έναντι των άλλων πολιτισμών. Επιπλέον, έχουν εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση όταν αλληλεπιδρούν με ανθρώπους διαφορετικών πολιτισμών και έδειξαν να απολαμβάνουν πολύ περισσότερο την αλληλεπίδραση. Το προσωπικό προσπαθεί να αντλήσουν περισσότερες πληροφορίες για τον διαφορετικό

άλλο και να κατανοήσουν τις λεπτές πολιτισμικές εκφάνσεις κατά την διαπολιτισμική αλληλεπίδραση.

Τα αποτελέσματα των ευρημάτων έδειξαν ότι το προσωπικό έχει μεσαίο επίπεδο στον παράγοντα «εμπιστοσύνη της αλληλεπίδρασης», κάτι που είναι αντίθετο με την έρευνα των Toda και Magu, (2018) και του Graf (2004), στην οποία ήταν χαμηλότερος παράγοντας. Η προσεχτική αλληλεπίδραση φαίνεται να είναι υψηλότερη σε σχέση με τους άλλους παράγοντες, ενώ στην μελέτη των Fritz, Möllenberg (2005) και Chen (2010) ήταν χαμηλός παράγοντας. Σύμφωνα με τον Roh (2014), τα επίπεδα απόλαυσης της αλληλεπίδρασης και ο σεβασμός των πολιτισμικών διαφορών ήταν υψηλότερα. Μεσαίο επίπεδο αναδεικνύονται ότι έχουν οι παράγοντες διαπολιτισμική ενασχόληση, σεβασμό στις πολιτισμικές διαφορές και η απόλαυση της αλληλεπίδρασης. Ο παράγοντας «διαπολιτισμική ενασχόληση» ήταν ισχυρότερος και «απόλαυση της αλληλεπίδρασης» χαμηλότερος στην έρευνα του Hou (2010). Η έρευνα της Huang (2013), αναδεικνύει των παράγοντα «σεβασμό των πολιτισμικών διαφορών» ως τον υψηλότερο.

Αναφορικά με τις σχέσεις ανάμεσα στους παράγοντες, διακρίνεται ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των παραγόντων «εμπιστοσύνη στην αλληλεπίδραση» και «προσεχτική αλληλεπίδραση». Το προσωπικό κατά την διάρκεια της αλληλεπίδρασης με τα άτομα από διαφοροποιημένους πληθυσμούς δείχνουν εμπιστοσύνη και είναι προσεχτικοί. Επιπλέον, ο σεβασμός στις πολιτισμικές διαφορές συνδέεται με το βαθμό εμπιστοσύνης που δείχνουν κατά τη διάρκεια της διαπολιτισμικής αλληλεπίδρασης αλλά και με το αίσθημα απόλαυσης. Αυτό το εύρημα υποστηρίζεται και από την έρευνα των Dikmen, Aksakal και Yilmaz, (2016). Πιο συγκεκριμένα δηλώνουν επιθυμία να εμπλακούν σε αλληλεπίδραση με τους διακριτούς άλλους με αμοιβαιότητα και σεβασμό στη διαφορά. Η διαπολιτισμική ενασχόληση σχετίζεται με την απόλαυση αλληλεπίδρασης, δηλαδή το προσωπικό απολαμβάνει τη συμμετοχή σε διαπολιτισμική επικοινωνία. Το προσωπικό εκφράστηκε θετικά σχετικά με την εμπλοκή τους στην διαπολιτισμική αλληλεπίδραση. Ακόμα, φαίνεται να έχουν αυτοπεποίθηση όταν αλληλεπιδρούν με ανθρώπους από άλλους πολιτισμούς.

Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, τα ευρήματα έδειξαν ότι η απόλαυση αλληλεπίδρασης συνδέεται με το φύλο με το έτος σπουδών των φοιτητών, ενώ η εμπιστοσύνη στην αλληλεπίδραση συνδέεται με τον τόπο κατοικίας. Η σημαντική

διαφορά που βρέθηκε μεταξύ του φύλου και του παράγοντα απόλαυσης αλληλεπίδρασης, επιβεβαιώνεται από την μελέτη των Aslan, Yilmaz, Kartal, Erdemir και Güleç (2016).

Τα αποτελέσματα παρέχουν ενδείξεις ότι το προσωπικό της νοσηλευτικής διαθέτουν μεσαίο επίπεδο διαπολιτισμικής ευαισθησίας. Το εύρημα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνονται από τις μελέτες των Uzun και Sevinc (2015), των Simsek, Erkin και Bayik, (2017) και των Dikmen, Aksaka και Yilmaz, (2016). Αντίθετα, η μελέτη των Bulduk et al., (2011), Chang, Yang και Kuo, (2013) και Spinthourakis, Karatzia-Stavlioti και Roussakis, (2009) διαπίστωσε ότι το προσωπικό είχαν υψηλά επίπεδα πολιτισμικής ευαισθησίας. Στην ίδια κατεύθυνση και η έρευνα των Meydanlioglu, Arikan, Gozum (2015) και Aktaş, Ertuğ και Öztürk, (2015), στην οποία καθορίστηκαν υψηλά επίπεδα πολιτισμικής ευαισθησίας.

Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των γυναικών φοιτητών διαθέτουν μεσαίο επίπεδο. Οι φοιτητές, οι οποίοι φοιτούν στο δεύτερο επίπεδο, προέρχονται από την πόλη και έχουν ελληνική θρησκεία συνδέονται με το μεσαίο επίπεδο. Δεν διαπιστώθηκε κάποια επίδραση της μεταβλητής φύλου στο επίπεδο της διαπολιτισμικής ευαισθησίας, κάτι που συμφωνεί με τα ευρήματα των Polat και Barka (2012), ενώ η έρευνα του Roh (2014) ανέφερε ότι υπήρξε ασθενής συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, φύλου και διαμονής και την πολιτισμική ευαισθησία. Παρομοίως, οι μελέτες που διεξήχθησαν στις οι προπτυχιακοί φοιτητές δεν αποκάλυψαν καμία σχέση μεταξύ πολιτιστικής ευαισθησίας και φύλου (Bekiroğlu & Balci, 2014· Yilmaz, Toksoy, Direk , Bezirgan & Boylu, 2017). Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την πολιτισμική ευαισθησία αποτελούν το φύλο, την ηλικία και τη γλωσσική ικανότητα.

Η πρακτική άσκηση που δεν έχουν υλοποιήσει το προσωπικό και η μη επαφή με ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα σχετίζονται με το μεσαίο επίπεδο της διαπολιτισμικής ευαισθησίας. Αυτό αποδεικνύει το γεγονός ότι η πρακτική άσκηση και η επαφή με διαφοροποιημένους πληθυσμούς βοηθάει στην ανάπτυξη της διαπολιτισμικής ευαισθησίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι μέσοι όροι των παραγόντων «εμπιστοσύνη στην αλληλεπίδραση» και «διαπολιτισμική ενασχόληση» διαφέρουν ανάμεσα σε όσους έχουν έρθει σε επαφή με άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια και σε όσους δεν έχουν έρθει. Η πρακτική βελτιώνει την πολιτισμική ευαισθησία των φοιτητών και συμβάλλει στην επαγγελματική τους

ανάπτυξη (Aktaş, Ertuğ & Öztürk, 2015). Αντίθετα, στην έρευνα των Bekiroğlu και Balci (2014) και Chang, Yang και Kuo (2013) διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές, οι οποίοι είχαν έρθει σε επαφή με διαφοροποιημένους πληθυσμούς είχαν υψηλότερο επίπεδο ευαισθησίας από όσους δεν είχαν έρθει σε επαφή. Δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της παρακολούθησης κάποιου μαθήματος που σχετίζεται με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική, των διαπολιτισμικών δεξιοτήτων και την ύπαρξη μαθημάτων διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και της πολιτισμικής ευαισθησίας. Σε μια άλλη μελέτη των Paige, Jacobs-Cassuto, Yershova και DeJaeghere (2003) διαπιστώθηκε ότι η πολιτισμική ευαισθησία είναι θετικά συσχετισμένη με τις διαπολιτισμικές εμπειρίες και με την αλληλεπίδραση με άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Το προσωπικό θεωρεί σημαντικό την ύπαρξη διαπολιτισμικών μαθημάτων και την προώθηση των διαπολιτισμικών δεξιοτήτων κατά την διάρκεια των σπουδών τους. Καλούνται πλέον να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν το ρόλο που παίζει η κουλτούρα στην καθημερινή αλληλεπίδραση με όλους τους ασθενείς, καθώς αυτό θα βελτιώσει την περίθαλψη παρέχεται από τους ασθενείς άλλων χωρών. Αυτά είναι σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης Yuen και Grossman (2009), τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν πολλές ευκαιρίες να αλληλεπιδρούν με ανθρώπους από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και έτσι δεν έχουν την εμπιστοσύνη να χειριστούν τις ανάγκες των ασθενών.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζονται από την ελάχιστη βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με το θέμα αυτό. Λαμβάνοντας υπόψιν αυτά αποτελέσματα, μπορούν να προταθούν τα εξής : ενίσχυση της γλωσσικής επάρκειας στα προγράμματα σπουδών τους και αύξηση των διαπολιτισμικών συνεργασιών, οι οποίες θα ενισχύσουν τις ευκαιρίες των φοιτητών στο εξωτερικό για να αναπτύξουν διαπολιτισμική επάρκεια. Επιπλέον, τον σχεδιασμό και τη δημιουργία διαπολιτισμικών μαθημάτων προκειμένου να διευρυνθούν και να εμπλουτιστούν οι γνώσεις τους για τη διαπολιτισμική διαχείριση των διαφοροποιημένων ασθενών (Xia, 2017). Η πολιτιστική ευαισθησία πρέπει να είναι ενσωματωμένη στο απαιτούμενο πρόγραμμα σπουδών ικανότητα της διδασκαλίας να διδάσκει με επίκεντρο την πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα (O'Connell et al., 2013). Η πολιτισμική ευαισθησία χρειάζεται να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κατάρτιση των φοιτητών ώστε να υπάρξει μια δίκαιη, αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα στους πολιτισμικά διαφοροποιημένους πληθυσμούς (Oksoon et. al., 2017). Για να ενισχυθεί η πολιτισμική ευαισθησία των



φοιτητών της νοσηλευτικής, το διαπολιτισμικό πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής θα πρέπει να βελτιωθεί και να ανανεωθεί για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και να αποφευχθούν πιθανές πολιτισμικές συγκρούσεις. Θα πρέπει να βελτιωθεί το διδακτικό πρόγραμμα για να βοηθηθούν οι νοσηλευτές να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, να αποφευχθούν οι ενδεχόμενες πολιτισμικές συγκρούσεις και να γίνουν πολιτισμικά ευαίσθητοι (Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan & Boylu, 2017). Συνίσταται να υπάρχουν διαπολιτισμικά μαθήματα προκειμένου να διευρυνθούν και να εμπλουτιστούν οι γνώσεις τους για τους άλλους πολιτισμούς. Αυτά τα μαθήματα θα πρέπει να προωθούν τις διαπολιτισμικές δραστηριότητες και δεξιότητες (Aktaş, Ertuğ & Öztürk, 2015). Η εκπαίδευση στην πολιτισμική ευαισθησία όχι μόνο αυξάνει το ανοιχτό πνεύμα και την πολιτισμική ευαισθητοποίηση, αλλά επιτρέπει και στα άτομα να κατανοήσουν την πολυπολιτισμικότητα και να επικοινωνήσουν με ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς. Η φροντίδα, η οποία είναι ευαίσθητη στην κουλτούρα αποτελεί ένα από τα σημαντικά στοιχεία ώστε να μειωθούν οι ανισότητες.

Το προσωπικό είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις πολιτισμικές διαφορές και αξίες, να αξιολογούν τα άτομα και ομάδες με τα δικά τους έθιμα και τις παραδόσεις τους από διαφορετικές οπτικές γωνίες, καταλαβαίνουν τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης και να προσαρμόσουν τις παρεμβάσεις τους με τον δικό τους πολιτισμό (Rainey & Morgan 2000· Foronda 2008· Harris et al. 2001). Το προσωπικό που είναι ευαίσθητο σε διαφορετικούς πολιτισμούς και έχουν διαπολιτισμικές δεξιότητες είναι ασφαλώς πιο αποτελεσματικοί στις υπηρεσίες περίθαλψης. Θα είναι σε θέση να εξετάσουν τις επιδράσεις του πολιτισμού στην υγεία και να παρέχουν διαπολιτισμική υγειονομική περίθαλψη εξετάζοντας τις επιπτώσεις των πολιτισμικών διαφορών και ομοιότητες στην υγεία (Chang, Yang & Kuo, 2013). Πρέπει να υποστηριχθεί ότι οι υγειονομικοί προσωπικό καλό θα ήταν να μαθαίνουν ξένες γλώσσες και να ταξιδεύουν στο εξωτερικό για να αυξήσουν την πολιτισμική ευαισθησία τους (Kılıç & Sevinç, 2017).

Η πολιτισμική ευαισθησία απέναντι στην ετερότητα και τον ξένο πολιτισμό, απαλλάσσει τα άτομα από συμπεριφορές, οι οποίες θα διακατέχονται από στερεότυπα και προκαταλήψεις. Η πολιτισμική ευαισθησία δεν είναι απλά μια γνώση που κατακτάτε κατά την εκπαιδευτική διαδικασία. Ο σύγχρονος φοιτητής οφείλει να σέβεται στις πολιτισμικές διαφορές και ταυτόχρονα να προσεγγίζει την οικογένεια του ασθενούς με τρόπο μοναδικό στοχεύοντας στην καλύτερη δυνατή συνεργασία και

αποδοτικότητα στην νοσηλευτική φροντίδα (Chen, 2010). Να διαθέτει πολιτισμική επίγνωση και να αναπτύξει ο ίδιος ως προσωπικότητα την κουλτούρα και το πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς (AL-Rababah, Fashafsheh, Thultheen, ALotaibi & Nassan, 2017). Η ολιστική νοσηλευτική υπηρεσία που λαμβάνει υπόψη τις πολιτιστικές αξίες και τις πεποιθήσεις των ασθενών καθίσταται όλο και πιο σημαντική στο σημερινό παγκόσμιο κόσμο.

Συνοψίζοντας, η συγκεκριμένη έρευνα επιχειρεί μέσα από τις απαντήσεις των φοιτητών νοσηλευτικής να αναδείξει τη σημαντικότητα της διαπολιτισμικής ευαισθησίας κατά την διάρκεια αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας με άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Μια άλλη έρευνα της Λάμπρη Θεοδώρας και αφορά τη διερεύνηση των απόψεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική κουλτούρα όπως είναι οι μετανάστες/ πρόσφυγες και οι ρομά, καθώς και κατ' επέκταση η αξιολόγηση του επιπέδου της γνώσης και της χρήσης διαπολιτισμικής φροντίδας. Ταυτόχρονα έγινε μια προσπάθεια προσδιορισμού των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη στάση αυτή. Παρόμοιες συγχρονικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί στην ελληνική αλλά και διεθνή βιβλιογραφία, σχετικά με τη νοοτροπία των νοσηλευτών και γενικότερα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας απέναντι στους αλλοδαπούς (Zanetti, Dinh, Hunter, Godkin & Ferguson, 2014).

Αρχικά η αξιολόγηση της απόκρισης των εργαζόμενων νοσηλευτών τουλάχιστον για το δείγμα το οποίο συμπλήρωσε το έντυπο ερωτηματολόγιο υπερέβη το 87%, γεγονός το οποίο βρίσκεται σε αντίθεση με τα διεθνή δεδομένα. Όπως αναφέρεται και από τους Van Geest et al., το ποσοστό απόκρισης των νοσηλευτών σε παρόμοιες έρευνες είναι ιδιαίτερα χαμηλό, παρά το ότι οι απαντήσεις τους αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την εξαγωγή συμπερασμάτων που αφορούν στον τομέα της υγείας (Van Geest, 2011). Το γεγονός αυτό οφείλεται όπως φαίνεται στο φόρτο εργασίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και στον περιορισμένο ελεύθερο χρόνο που αυτός συνεπάγεται.

Ο λόγος ο οποίος πιθανά να ευθύνεται για το υψηλό ποσοστό απόκρισης των συμμετεχόντων, θα μπορούσε να είναι ότι υπήρχαν προσωπικές σχέσεις με ορισμένους από τους συμμετέχοντες, είτε με τους ανώτερους αυτών, οπότε και κατά μία έννοια «πιέστηκαν» να συμμετέχουν (Zanetti, Dinh, Hunter, Godkin & Ferguson, 2014).

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων και στα δύο δείγματα ήταν γυναίκες και μάλιστα έγγαμες στο μεγαλύτερο μέρος τους. Όπως πολύ έντονα καταδεικνύεται και στην παγκόσμια βιβλιογραφία, το ποσοστό των ανδρών που εργάζονται στο νοσηλευτικό τομέα είναι πολύ χαμηλό, ενώ από τους Shields et al., χαρακτηριστικά αναφέρεται ως «χάσμα φύλου» (gender gap) (Shields, 2011). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτριών, τα δεδομένα μας αντικρούουν τα όσα προκύπτουν από τη βιβλιογραφία για την ομάδα Β, όπου τα ποσοστά διαζυγίων αυξάνονται στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Πιο συγκεκριμένα, στο δείγμα Β το ποσοστό των διαζευγμένων ήταν μόλις 4%. Βέβαια για την ομάδα Α, δεν ισχύει το ίδιο καθώς το 25% του πληθυσμού φαίνεται να είχε πάρει διαζύγιο (<http://allnurses.com/general-nursing-discussion/why-are-the-819941.html>).

Σχετικά με το αν οι νοσηλεύτριες που συμμετείχαν στη μελέτη, το 49% της ομάδας Α απάντησε θετικά, ενώ το 24,5% απάντησε αρνητικά. Σχεδόν όλα τα άτομα τα οποία ήταν έγγαμα από την ομάδα Α είχαν παιδιά, ενώ στην ομάδα παρατηρήθηκε το αντίθετο φαινόμενο, καθώς όπως προαναφέρθηκε παιδιά είχε μόνο το 24,5%, ενώ παντρεμένο ήταν το 75%. Έτσι τουλάχιστον για το δείγμα, τα δεδομένα βρίσκονται σε αντίθεση με τα όσα προκύπτουν από τη βιβλιογραφία, όπου φαίνεται πως ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να αυξάνεται (<https://www.statista.com/statistics/679545/number-of-children-s-nurses-in-nhs-workforce-england/>).

Ο μέσος όρος ηλικίας μεταξύ των δύο δειγμάτων διέφερε στατιστικώς σημαντικά, καθώς οι συμμετέχοντες της ομάδας Α, που συμπλήρωσαν το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο ήταν τουλάχιστον κατά 8 χρόνια νεότεροι σε σχέση με όσους συμπλήρωσαν το έντυπο. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών του διαδικτύου είναι τα 32,4 έτη, που πλησιάζει αρκετά στην υπολογιζόμενη ηλικία του διαδικτυακού δείγματος (35,1 έτη). Η απόκλιση η οποία προκύπτει οφείλεται στο γεγονός ότι στη μελέτη συμμετείχαν άτομα τα οποία εργάζονται και επομένως δεν περιλαμβάνονταν ανήλικα άτομα, όπως συμβαίνει κατά τη μελέτη στο γενικό πληθυσμό (Malaysian Communications and Multimedia Commission).

Ακόμα συγκεντρώθηκαν στοιχεία σχετικά με το φορέα εργασίας των συμμετεχόντων. Από τη ομάδα Α το 64% εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, ενώ από την ομάδα Β το 91,6%. Ο χρόνος εργασίας στον κλάδο για τους νοσηλευτές της ομάδας Α ήταν κατά 5

χρόνια μικρότερος σε σχέση με των νοσηλευτών της ομάδας Β. Η παρατήρηση αυτή είναι αναμενόμενη καθώς οι νοσηλευτές της ίδιας ομάδας Α είχαν και μικρότερη ηλικία. Τέλος οι τομείς στους οποίους βρέθηκαν να εργάζονταν οι περισσότεροι νοσηλευτές και για τις δύο ομάδες ήταν ο Χειρουργικός και ο Παθολογικός, μία παρατήρηση η οποία ήταν αναμενόμενη, καθώς οι δύο αυτοί τομείς δέχονται καθημερινά τον περισσότερο κόσμο.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών η πλειοψηφία είχε λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση (73% για την ομάδα Α και 62% για την ομάδα Β), ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό όσων είχαν σπουδάσει σε κάποια τεχνική σχολή. Σε αντίθεση με την εργασία της κ. Βασιλοπούλου, η οποία παρατήρησε πως μόνο το 42% των νοσηλευτών ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το παρόν δείγμα είχε υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Βασιλοπούλου 2009). Η διαφορά αυτή πιθανά να οφείλεται στο χρονικό πλαίσιο που πραγματοποιήθηκε η κάθε εργασία. Έτσι λόγω της δυσκολίας των καιρών για την ανεύρεση εργασίας, είναι λογικό όλο και περισσότερα άτομα να καλλιεργούν περισσότερο το μορφωτικό τους επίπεδο, ώστε να έχουν περισσότερες επαγγελματικές ευκαιρίες.

Στα πλαίσια της εκπαίδευσης των νοσηλευτών-ριών που συμμετείχαν στη μελέτη, ρωτήθηκαν σχετικά με το αν οι ίδιοι είχαν οποιαδήποτε εμπειρία στην πολυπολιτισμική υγεία, μέσω μαθημάτων, σεμιναρίων ή ακόμα και σπουδών στο εξωτερικό. Το ποσοστό που απάντησε θετικά σε όλα αυτά τα ερωτήματα ήταν χαμηλότερο του 20%. Δεδομένης της κατάστασης στη χώρα, η οποία βρίθεται από μετανάστες και Ρομά ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία αναδεικνύεται η ανάγκη αναπροσαρμογής της εκπαιδευτικής διαδικασίας, ώστε να διδάσκονται μαθήματα σχετικά με τη διαπολιτισμική υγεία. Μάλιστα, σύμφωνα με τη Leininger M. το κλειδί στην αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η πλήρης κατανόηση της πολιτισμικής ταυτότητας του νοσηλευόμενου (Leininger, 1991). Έτσι θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει πως τουλάχιστον για τον υπό μελέτη πληθυσμό η παροχή υπηρεσιών υγείας δεν ήταν η πλέον αποτελεσματική, τη στιγμή που υπάρχει αδυναμία κατανόησης της κουλτούρας του ασθενούς.

Με σκοπό τη μελέτη της εμπειρίας των νοσηλευτών με αλλοδαπούς κατά τη διάρκεια της προσφοράς νοσηλευτικών υπηρεσιών, το 81,8% της ομάδας Α και το 74,8% της ομάδας Β απάντησε πως είχε προσφέρει βοήθεια σε μετανάστες και Ρομά. Οι

πληθυσμιακές αυτές ομάδες επισκέπτονται συχνότερα αν όχι πάντοτε νοσοκομεία και κλινικές δημοσίου δικαίου για οικονομικούς λόγους. Έτσι προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι ενώ περισσότερο από το 90% των νοσηλευτών της ομάδας Β εργάζονταν στο δημόσιο τομέα, απάντησαν σε χαμηλότερο ποσοστό από την ομάδα Α ότι είχαν προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες σε αλλοδαπούς. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έπαυτης Αρμοστείας του ΟΗΕ, το σύνολο των παράνομων μεταναστών στην Ελληνική ενδοχώρα ξεπερνά τις 33,500, ενώ στα Ελληνικά νησιά βρίσκονται περισσότερα από 13.000 άτομα (<https://newsthatmoves.org/el/2017/03/21>). Ακόμα με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ οι νόμιμοι μετανάστες μέχρι το 2011, ήταν 80.000 άτομα. Έτσι δεδομένου του μεγάλου αριθμού μεταναστών στη χώρα μας, ήταν αναμενόμενο το μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών που βρέθηκε να έχει προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες σε άτομα άλλων χωρών (ΕΛΣΤΑΤ, 2011).

Σχετικά με την προέλευση των μεταναστών η πλειονότητα και των δύο ομάδων μίλησε για Ασιατικές χώρες όπως είναι το Ιράν, το Ιράκ, το Αφγανιστάν και η Συρία. Στη δεύτερη για την ομάδα Α βρίσκονταν οι Ρομά, ενώ για την ομάδα οι Βαλκανικές χώρες μεταξύ των οποίων αναφέρθηκε η Αλβανία, η Ρουμανία και η Βουλγαρία.

Οι νοσηλευτές και των δύο ομάδων βρέθηκαν να σέβονται στην πλειονότητα τους τις ιδιαιτερότητες των μεταναστών/Ρομά (75% της ομάδας Α και 63% της ομάδας Β). Βέβαια, όπως ήδη έχει αναφερθεί υπήρχε και ένα μέρος του πληθυσμού που συμμετείχε στη μελέτη που έδειξε μειωμένο έως και μηδενικό σεβασμό (15% της ομάδας Α και 6% της ομάδας Β). Επομένως φαίνεται πως υπάρχει δυσκολία εξίσωσης των αλλοδαπών με τους ημεδαπούς ως προς την κοινωνική αποδοχή. Βέβαια αυτή η νοοτροπία πηγάζει και από το ίδιο το Σύνταγμα της χώρας, αφού η ισότητα κατοχυρώνεται μόνο για τους Έλληνες πολίτες (Άρθρο 4, Παρ.1, Ελληνικό Σύνταγμα).

Στη μελέτη του VPRC, η οποία δημοσιεύτηκε το 2007, οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 55% απάντησαν πως η παρουσία των μεταναστών είναι θετική για το μέλλον της χώρας μας. Έτσι φαίνεται πως μία δεκαετία μετά και παρά την αύξηση του αριθμού των μεταναστών στη χώρα, η πλειονότητα των ατόμων είναι θετικά προδιατιθέμενη προς τους μετανάστες.

Ακόμα η αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους μετανάστες/Ρομά, βρέθηκε να αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία των περισσότερων. Μάλιστα, οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν για συγκεκριμένες χώρες με τις οποίες

αντιμετωπίζουν πρόβλημα επικοινωνίας κι εκείνοι απάντησαν όλες οι χώρες στις οποίες δε μιλούν Αγγλικά. Άλλα εμπόδια τα οποία εντοπίστηκαν ήταν οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες αλλά και η απουσία διερμηνέων. Επίσης στη μελέτη VPRC, 2007, το 88% των ανθρώπων απάντησε πως θεωρεί απαραίτητο οι μετανάστες να μιλάνε Ελληνικά προκειμένου να θεωρηθούν μέλη της κοινωνίας και να αποκτήσουν Ελληνική υπηκοότητα.

Οι νοσηλευτές που συμπλήρωσαν το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο, απάντησαν ακόμα πως νιώθουν άγχος κατά τη διαχείριση πολιτισμικά διαφορετικών χρηστών υγείας και μάλιστα στο 95,5% των περιπτώσεων. Παρά το ότι όπως φαίνεται υπάρχουν πολλοί εργαζόμενοι οι οποίοι αντιμετωπίζουν άγχος λόγω των μεταναστών στον τομέα της υγείας, δεν υπάρχουν μελέτες οι οποίες να μελετούν αυτό τον παράγοντα. Όπως προκύπτει από την ελληνική αλλά και την ξενόγλωσση βιβλιογραφία, οι ερευνητικές εργασίες επικεντρώνονται στο άγχος το οποίο προκαλείται στους ίδιους τους μετανάστες (Common approach for Refugees and other migrants' health, 2017& Potochnick, 2010).

Παρά το άγχος αυτό βέβαια το οποίο προκαλείται από την παρουσία των μεταναστών, η πλειονότητα και των δύο ομάδων (περισσότερο από το 90%) απάντησε πως αντιμετωπίζει ισότιμα τους μετανάστες. Έτσι παρά την κοινωνία διακρίσεων στην οποία ζούμε σήμερα και το ρατσισμό με τον οποίο έχει εμποτιστεί, αυτό δε φαίνεται να επιδρά στη συμπεριφορά των νοσηλευτών (Hardeman, 2016).

Από την άλλη έβαια, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό από τους συνεντευξιαζόμενους απάντησε πως έχει γίνει μάρτυρας διάκρισης και ρατσισμού απέναντι σε μετανάστες και Ρομά/ και στην πλειονότητα του έχει κάνει παρέμβαση σε τέτοια γεγονότα, προσπαθώντας να τα αποτρέψει.

Εκτός από το άγχος, οι νοσηλευτές κλήθηκαν να προσδιορίσουν το ρόλο τους στη νοσηλευτική πολυπολιτισμική υγεία. Η πλειονότητα απάντησε πως πρέπει να εκτελέσει απλώς το χρέος της, υπακούοντας και τηρώντας τον όρκο του Ιπποκράτη, ενώ υποστήριξε πως δε νιώθει βάρος και αδυναμία συνεργασίας καθώς και ανασφάλεια και ευθυνοφοβία. Έτσι προκύπτει πως σε μεγάλο βαθμό οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ισότιμα τους ημεδαπούς και τους αλλοδαπούς νοσηλευόμενους. Μάλιστα, ο μεγαλύτερος βαθμός ευαισθησίας των νοσηλευτών βρέθηκε να αφορά στα παιδιά (Hardeman, 2016).

Όπως φαίνεται από πολλές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας, η μετανάστευση είναι ικανή να επηρεάσει την ψυχική κατάσταση των ίδιων των μεταναστών και να δημιουργήσει αυξημένο άγχος, αλλά και ψυχικές διαταραχές οι οποίες οφείλονται σε αυτό (Szaflarsky, 2017) . Τέτοιες παθολογικές διαταραχές οι νοσηλευτές, κατά δική τους ομολογία, είναι σε θέση να τις αναγνωρίσουν σε ποσοστό μικρότερο του 40%.

Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι πιθανά να παρερμηνεύσουν τη διαταραχή του νοσηλευόμενου μετανάστη/Ρομά και να θεωρήσουν πως οφείλεται στη διαφορετική κουλτούρα. Η παρατήρηση αυτή, αποδεικνύει ότι η έλλειψη πολυπολιτισμικής εκπαίδευσης μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη και για τον ίδιο, αλλά και για τους μετανάστες, καθώς δε θα λάβουν την απαραίτητη φροντίδα.

Βασικό τμήμα του πολιτισμού μιας χώρας αποτελούν οι διατροφικές τους συνήθειες και στον τομέα της υγείας, η εθνοφαρμακολογία τους (Fischler, 1988). Οι νοσηλευτές οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη στην πλειοψηφία τους, φαίνεται να συμμερίζονται την ανάγκη των μεταναστών να διατηρήσουν αυτούς τους τομείς του πολιτισμού τους. Επομένως, τουλάχιστον για το δείγμα το οποίο μελετήθηκε στην παρούσα εργασία, οι νοσηλευτές φαίνεται πως αναγνωρίζουν και είναι διατεθειμένοι να διατηρήσουν και να συμβαδίσουν με την πολυπολιτισμική κουλτούρα των νοσηλευόμενων. Στον αντίποδα όμως, όταν οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν σχετικά με το αν οι μετανάστες/Ρομά, επηρεάζουν τις επικοινωνιακές πρακτικές, η πλειονότητα απάντησε αρνητικά, οπότε πιθανά και οι ίδιοι να μην έχουν ξεκαθαρίσει μέσα τους το μέγεθος της επίδρασης που δέχονται από το μεγάλο αριθμό μεταναστών.

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα ατομικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τη στάση τους απέναντι στους μετανάστες και στους Ρομά. Ο πρώτος παράγοντας ο οποίος αναγνωρίστηκε ήταν το φύλο αφού οι γυναίκες βρέθηκαν να είναι περισσότερο ευαίσθητες σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. βέβαια αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν γυναίκες και οι άνδρες αποτελούσαν τη μειονότητα, οπότε τα συμπεράσματα αυτά δεν μπορούν να θεωρηθούν ασφαλή. Πάντως, τα στερεότυπα περί διαφοράς των δύο φύλων ως προς την αυξημένη γυναικεία ευαισθησία εμπίπτουν και σε αυτή την περίπτωση (Broverman, 1972).

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα ο οποίος μπορεί να επηρεάσει την αντιμετώπιση των μεταναστών. Πιο συγκεκριμένα, όσοι είχαν λάβει υψηλότερη

εκπαίδευση ήταν περισσότερο θετικά προδιατεθειμένοι προς τους μετανάστες. Μάλιστα στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερο ήταν το επίπεδο μόρφωσης, τόσο μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων ήταν υπέρ των μεταναστών (Mayda, 2004).

Η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη παιδιών στη οικογένεια, είναι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην αντίληψη προς τους μετανάστες. Έτσι όσοι νοσηλευτές είχαν παιδιά και όσοι ήταν άγαμοι ήταν θετικοί προς τους μετανάστες/Ρομά. Το γεγονός αυτό πιθανά να θεωρείται αντιφατικό, ωστόσο πιθανά ο φόρτος εργασίας στο σπίτι και τα οικογενειακά βάρη για όσους ήταν παντρεμένοι, να μειώνουν τις αντοχές και την υπομονή στον εργασιακό χώρο. Από την άλλη η ύπαρξη παιδιών, ενισχύει το αίσθημα της προσφοράς στους νοσηλευτές και ενισχύει τη θετική αντιμετώπιση των μεταναστών (Bleviss, 2012).

Τέλος, ο τομέας εργασίας φαίνεται επίσης να επιδρά στην αντιμετώπιση των μεταναστών. Ο Χειρουργικός και ο Παθολογικός τομέας, στους οποίους καθημερινά μεταφέρεται πληθώρα ανθρώπων ήταν περισσότερο θετικοί προς τους μετανάστες και ένιωθαν και περιορισμένα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους υπόλοιπους τομείς.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **Σκοπός Μελέτης**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού της πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας (ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό), που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας και σε Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης.

Από την παρούσα μελέτη αναμένουμε να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την γνώση, τις δεξιότητες, την διαχείριση των Διαπολιτισμικών καταστάσεων καθώς και για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των επαγγελματιών Υγείας στους οποίους απευθυνθήκαμε.

#### **Πληθυσμός στόχος**

Επαγγελματίες υγείας.

#### **Πληθυσμός πρόσβασης**

Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας και σε Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης.

#### **Κριτήρια ένταξης στη μελέτη**

- Άνδρες και γυναίκες.
- Ηλικία 18 ετών και άνω.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

#### **Ερευνητική διαδικασία**

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται οκτώ Κέντρα Υγείας και σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) και αφορά την πολιτισμική ικανότητα. Είναι σταθμισμένο και δοκιμασμένο στο Ελληνικό πληθυσμό και αποτελείται από τις παρακάτω 6 θεματικές ενότητες:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου που αφορούν σε δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά και 2 ερωτήσεις που αφορούν στην συναναστροφή με ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής κλειστού τύπου.
- Γνώση.
- Δεξιότητες.
- Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων.
- Πολιτισμική συνειδητοποίηση.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση.

Προκειμένου να υπάρχει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμονόμησης (0-100%), μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 100 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε θετικότερη κλιμάκωση της μελετώμενης μεταβλητής, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 0 σε αρνητικότερη κλιμάκωση.

### **Στατιστική μεθοδολογία**

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή» και «τυπική απόκλιση», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην

περίπτωση που η τιμή alpha ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Μελέτες προσομοιώσεων σε δείγματα μεγαλύτερα των 80 δειγματικών μονάδων ( $N > 80$ ) δείχνουν ότι η δοκιμασία t δεν απαιτεί καμία παραδοχή κανονικής κατανομής. Ως εκ τούτου, για τη συγκριτική μελέτη των μέσων τιμών μεταξύ των κατηγοριών μίας διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίστηκε στο 5%.

### **Δειγματοληπτική Μέθοδος**

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα ενός τέτοιου δείγματος αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 214 άτομα (158 γυναίκες και 56 άνδρες). Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

*Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος*

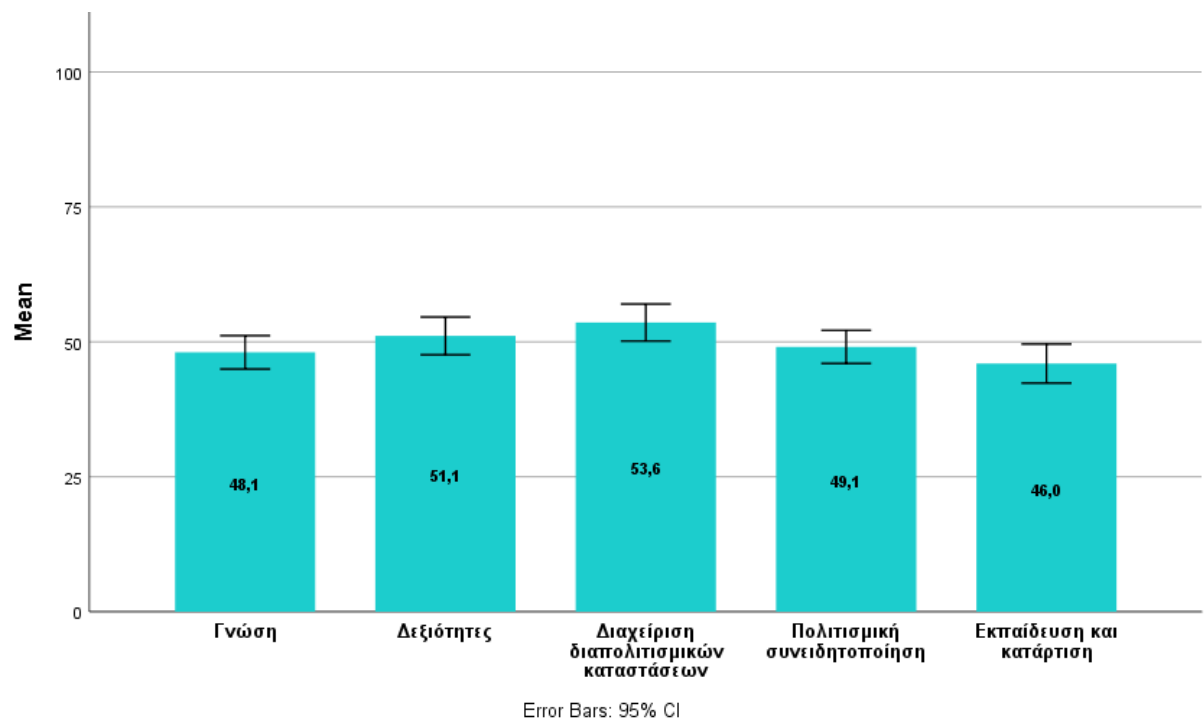
		N	N %
Ηλικία	18-40 ετών	73	34,1%
	>40 ετών	141	65,9%
Φύλο	Γυναίκα	158	73,8%
	Άντρας	56	26,2%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	40	18,7%
	Έγγαμος/ η	117	54,7%
	Διαζευγμένος/ η	49	22,9%
	Χήρος/ α	8	3,7%
Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα Ελληνικά	Όχι	44	20,6%
	Ναι	170	79,4%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	94	43,9%
	Τεχνολογική εκπαίδευση	24	11,2%
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	96	44,9%
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	Όχι	179	83,6%
	Ναι	35	16,4%
Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας;	Όχι	184	86,0%
	Ναι	30	14,0%
Ποιο είναι το επάγγελμά σας στο νοσοκομείο;	Νοσηλεύτης/ τρια	184	86,0%
	Ιατρός	30	14,0%
Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;	Όχι	175	81,8%
	Ναι	39	18,2%
	Όχι	96	44,9%

Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;	Ναι	118	55,1%
--	-----	-----	-------

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των υποκλιμάκων ΓΝΩΣΗ, ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ, και ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα). Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο (48,1%). Οι τιμές της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δηλώνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο (51,1%). Οι τιμές της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση θετικής κλιμάκωσης (53,6%). Οι τιμές της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο (49,1%). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με τάση αρνητικής κλιμάκωσης (46%).

**Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα)**

	Mean	Standard Deviation
Γνώση	48,1	22,9
Δεξιότητες	51,1	25,9
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	53,6	25,5
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	49,1	22,8
Εκπαίδευση και κατάρτιση	46,0	26,8



**Γράφημα 1. Ραβδογράμματα των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα)**

### Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q., ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλες οι υποκλίμακες κρίνονται ως ιδιαίτερα υψηλής αξιοπιστίας.

*Πίνακας 3. Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q.*

	Cronbach's Alpha
Γνώση	0,912
Δεξιότητες	0,965
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	0,966
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	0,897
Εκπαίδευση και κατάρτιση	0,778

## Συσχετίσεις

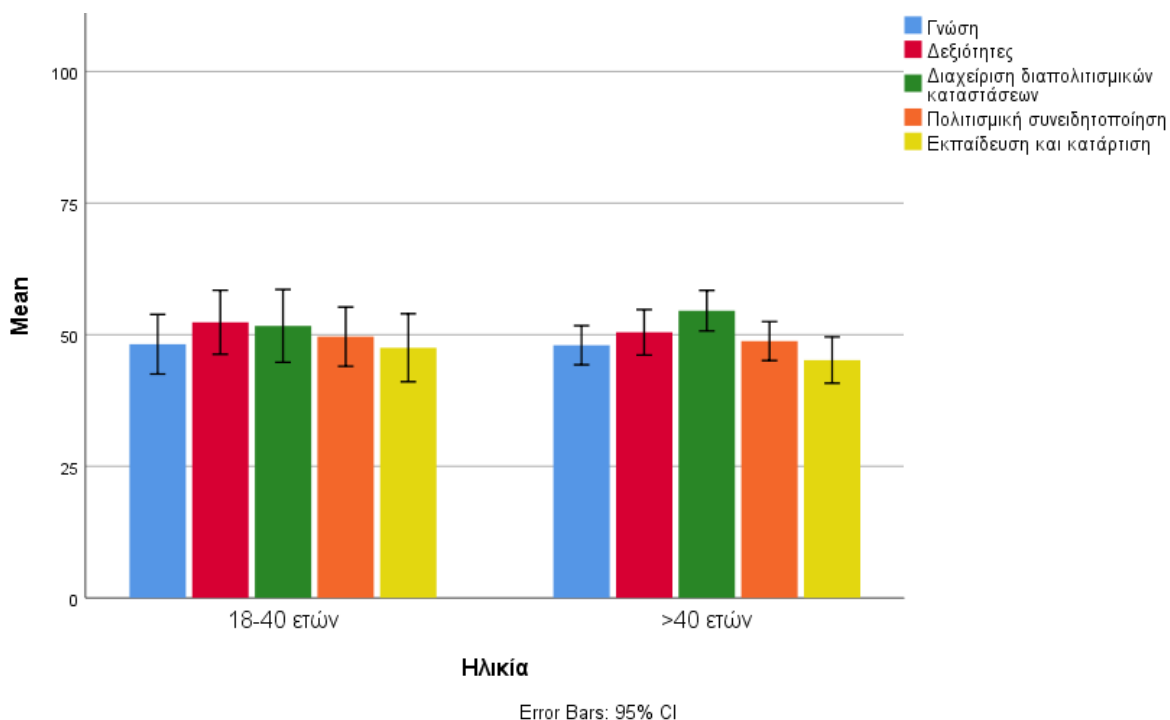
### Ηλικία

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες (18-40 και >40 ετών), [t(212) = 0,057, p = 0,955].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες (18-40 και >40 ετών), [t(212) = 0,509, p = 0,612].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες (18-40 και >40 ετών), [t(118,599) = -0,725, p = 0,470].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες (18-40 και >40 ετών), [t(212) = 0,255, p = 0,799].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες (18-40 και >40 ετών), [t(212) = 0,607, p = 0,544].

	Ηλικία			
	18-40 ετών		>40 ετών	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	48,2	24,3	48,0	22,3
Δεξιότητες	52,4	26,1	50,4	26,0
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	51,7	29,6	54,6	23,2
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	49,6	24,1	48,8	22,2
Εκπαίδευση και κατάρτιση	47,5	27,7	45,2	26,4





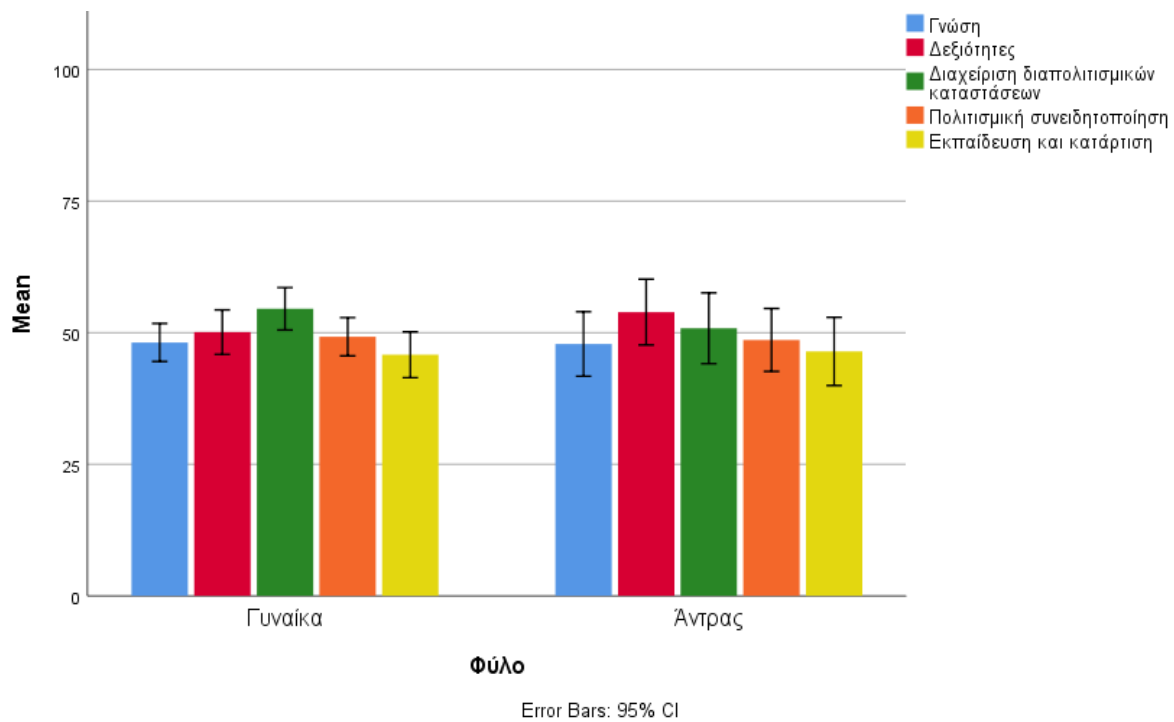
### Φύλο

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα δύο φύλα,  $[t(212) = 0,077, p = 0,939]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα δύο φύλα,  $[t(110,106) = -1,009, p = 0,315]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα δύο φύλα,  $[t(212) = 0,932, p = 0,352]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα δύο φύλα,  $[t(212) = 0,173, p = 0,863]$ .

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικά σημαντικά, ανάμεσα στα δύο φύλα, [ $t(212) = -0,149$ ,  $p = 0,882$ ].

	Φύλο			
	Γυναίκα		Άντρας	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	48,1	23,0	47,9	22,9
Δεξιότητες	50,1	26,8	53,9	23,3
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	54,5	25,7	50,8	25,1
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	49,2	23,1	48,6	22,3
Εκπαίδευση και κατάρτιση	45,8	27,7	46,4	24,2



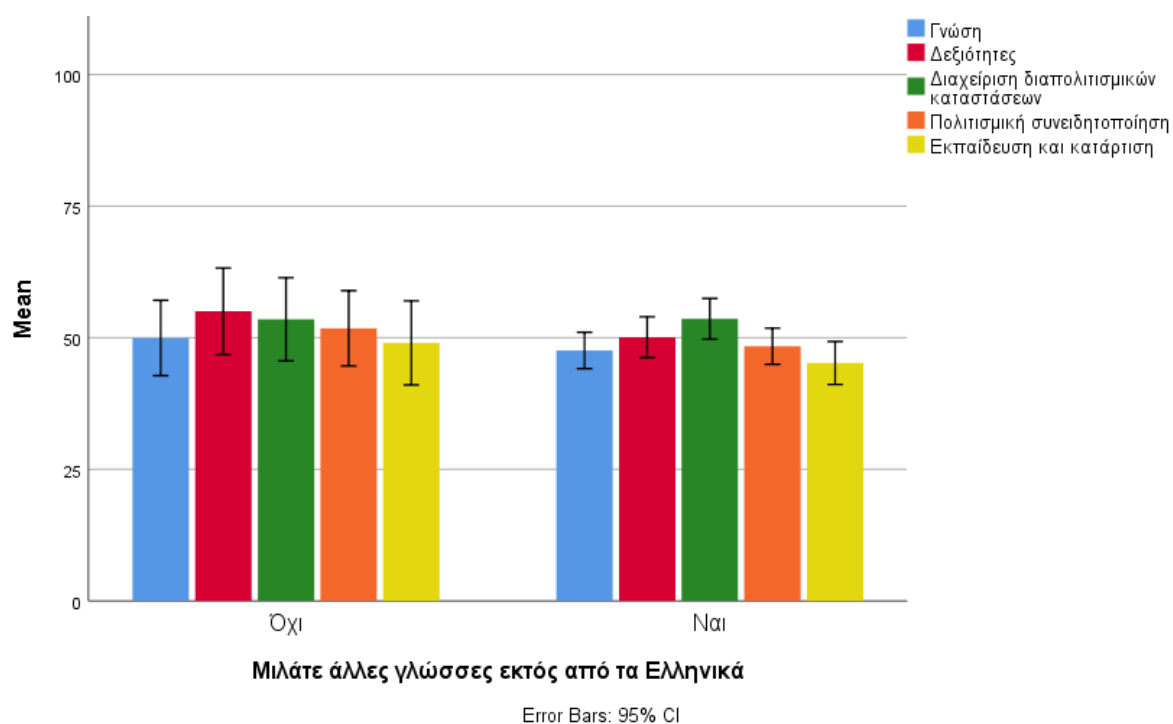
### Ξένες γλώσσες

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που γνωρίζουν ξένη γλώσσα και σε αυτά που δεν γνωρίζουν, [ $t(212) = 0,610$ ,  $p = 0,542$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που γνωρίζουν ξένη γλώσσα και σε αυτά που δεν γνωρίζουν, [ $t(212) = 1,124$ ,  $p = 0,262$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που γνωρίζουν ξένη γλώσσα και σε αυτά που δεν γνωρίζουν, [ $t(212) = -0,024$ ,  $p = 0,981$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που γνωρίζουν ξένη γλώσσα και σε αυτά που δεν γνωρίζουν, [ $t(212) = 0,880$ ,  $p = 0,380$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που γνωρίζουν ξένη γλώσσα και σε αυτά που δεν γνωρίζουν, [ $t(212) = 0,843$ ,  $p = 0,400$ ].

Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα Ελληνικά

	Όχι		Ναι	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	49,9	23,6	47,6	22,8
Δεξιότητες	55,0	27,1	50,1	25,6
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	53,5	26,0	53,6	25,5
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	51,8	23,5	48,4	22,7
Εκπαίδευση και κατάρτιση	49,0	26,2	45,2	26,9

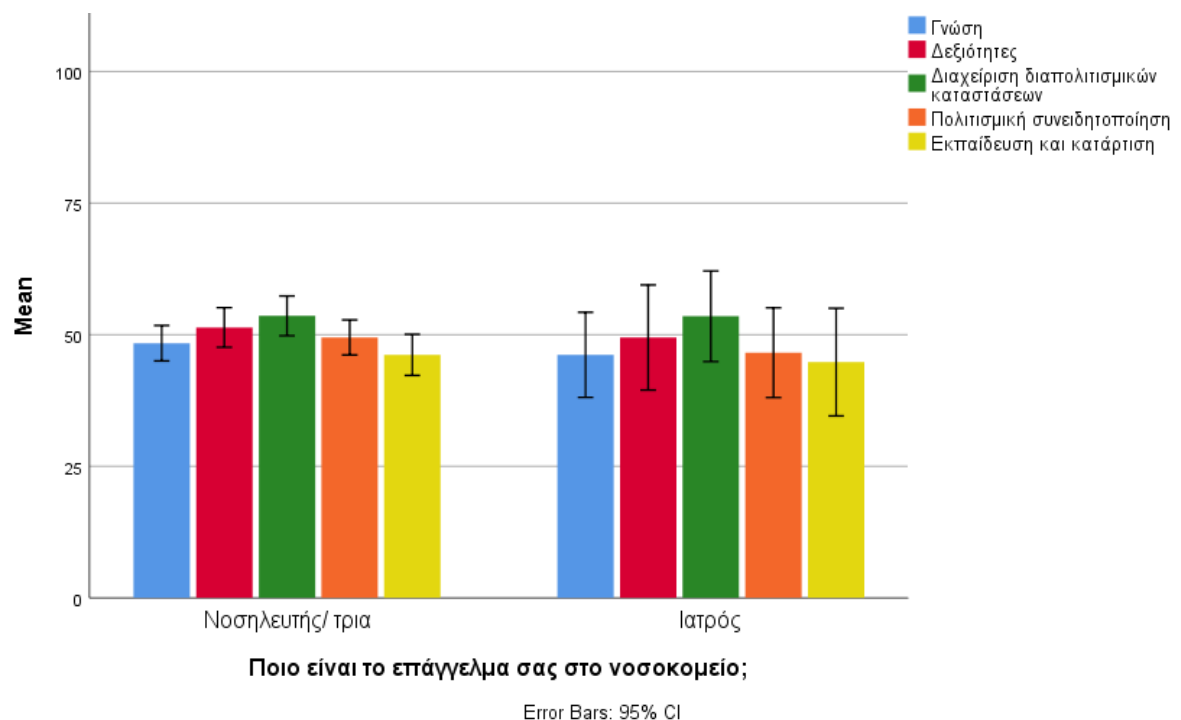


## Ιδιότητα

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,  $[t(212) = 0,487, p = 0,627]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,  $[t(212) = 0,371, p = 0,711]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,  $[t(212) = 0,016, p = 0,988]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,  $[t(212) = 0,643, p = 0,521]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,  $[t(212) = 0,259, p = 0,796]$ .

	Ποιο είναι το επάγγελμα σας στο νοσοκομείο;			
	Νοσηλεύτης/ τρια		Ιατρός	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	48,4	23,2	46,2	21,6
Δεξιότητες	51,4	25,9	49,5	26,7
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	53,6	26,0	53,5	23,0
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	49,5	22,9	46,6	22,8
Εκπαίδευση και κατάρτιση	46,2	26,8	44,8	27,4



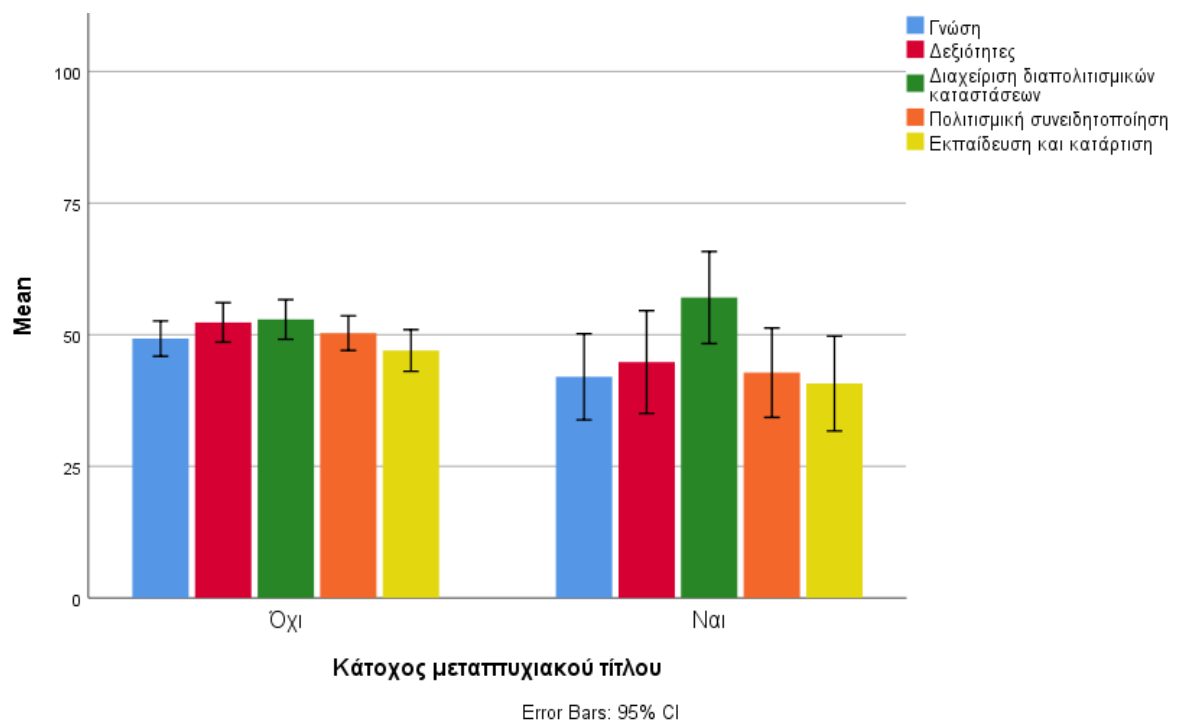
### Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που κατέχουν και δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, [ $t(212) = 1,718, p = 0,087$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που κατέχουν και δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, [ $t(212) = 1,576, p = 0,116$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που κατέχουν και δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, [ $t(212) = -0,881, p = 0,379$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που κατέχουν και δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, [ $t(212) = 1,790, p = 0,075$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που κατέχουν και δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, [ $t(212) = 1,271, p = 0,205$ ].



	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου			
	Όχι		Ναι	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	49,2	22,6	42,0	23,8
Δεξιότητες	52,3	25,3	44,8	28,4
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	52,9	25,6	57,0	25,5
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	50,3	22,3	42,8	24,7
Εκπαίδευση και κατάρτιση	47,0	26,8	40,7	26,3

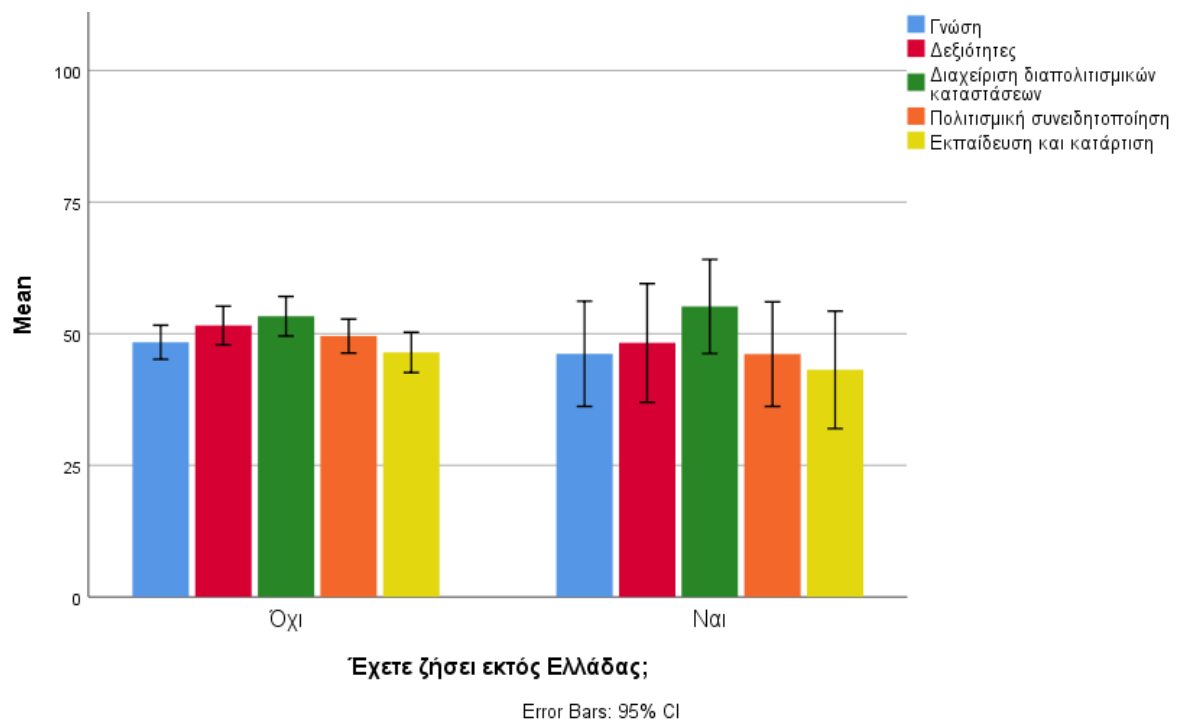


### Διαβίωση σε χώρα του εξωτερικού

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ζήσει ή όχι σε χώρα του εξωτερικού,  $[t(212) = 0,487, p = 0,627]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ζήσει ή όχι σε χώρα του εξωτερικού,  $[t(212) = 0,649, p = 0,517]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ζήσει ή όχι σε χώρα του εξωτερικού,  $[t(212) = -0,369, p = 0,712]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ζήσει ή όχι σε χώρα του εξωτερικού,  $[t(212) = 0,763, p = 0,446]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ζήσει ή όχι σε χώρα του εξωτερικού,  $[t(212) = 0,626, p = 0,532]$ .

	Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας;			
	Όχι		Ναι	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	48,4	22,3	46,2	26,8
Δεξιότητες	51,6	25,2	48,2	30,2
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	53,3	25,8	55,2	23,9
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	49,5	22,2	46,1	26,6
Εκπαίδευση και κατάρτιση	46,4	26,3	43,1	29,9



### Παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας

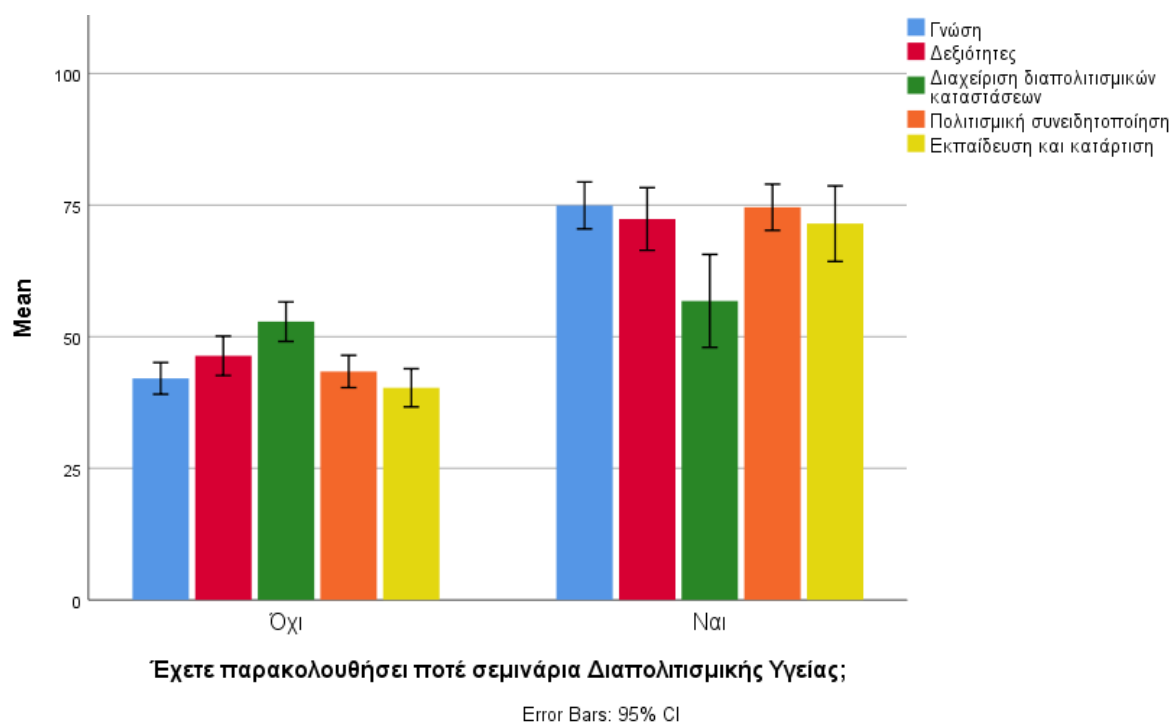
Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, [ $t(79,042) = -12,292$ ,  $p < 0,001$ ]. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, [ $t(73,242) = -7,433$ ,  $p < 0,001$ ]. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, [ $t(212) = -0,873$ ,  $p = 0,384$ ].
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, [ $t(82,299) = -11,720$ ,  $p < 0,001$ ]. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, [ $t(212) = -7,347$ ,  $p < 0,001$ ]. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια

Διαπολιτισμικής Υγείας;

	Όχι		Ναι	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	42,1	20,1	74,9	13,7
Δεξιότητες	46,4	25,0	72,4	18,4
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	52,8	25,2	56,8	27,2
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	43,4	20,5	74,6	13,5
Εκπαίδευση και κατάρτιση	40,3	24,4	71,5	22,2

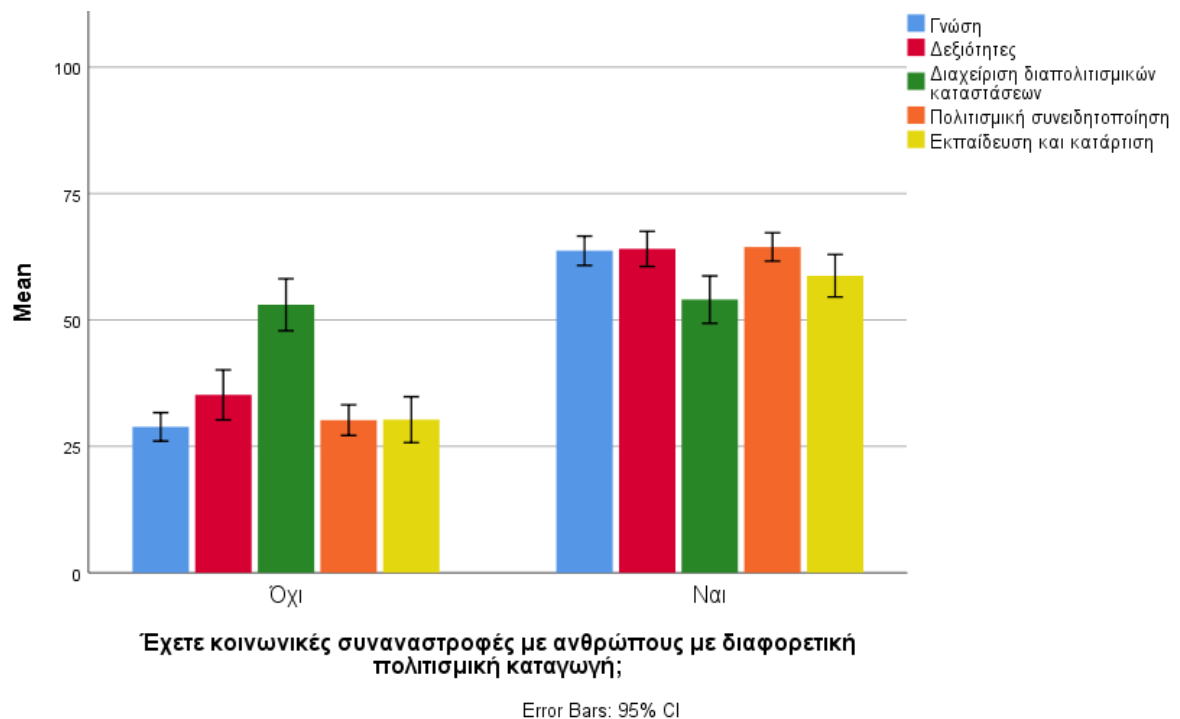


### **Κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή**

Τα αποτελέσματα του t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν ότι:

- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -16,885, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(177,600) = -9,473, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δεν διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -0,291, p = 0,772]$ .
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -16,384, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.
- Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -9,094, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

	Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;			
	Όχι		Ναι	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Γνώση	28,9	13,8	63,7	15,9
Δεξιότητες	35,2	24,4	64,0	19,1
Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων	53,0	25,4	54,0	25,7
Πολιτισμική συνειδητοποίηση	30,2	14,9	64,4	15,4
Εκπαίδευση και κατάρτιση	30,3	22,4	58,7	23,1



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια οι συνθήκες πολιτισμικής ετερότητας οι οποίες διαμορφώνονται σε μία κοινωνία έχουν ως αποτέλεσμα την παρουσία και συνύπαρξη ομάδων στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που μιλούν διαφορετικές γλώσσες, έχουν διαφορετικές αξίες και διαφορετική θρησκεία. Η κατάσταση αυτή μεταφέρεται και στον χώρο της υγείας οδηγώντας σε αναπροσαρμογή του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται πλέον να αναγνωρίζει τις πολιτισμικές διαφορές, να δείχνει πολιτισμική ευαισθησία κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και να αποδέχεται την σημαντικότητα των πολιτισμικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια (Hardeman, 2016).

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αναδύονται στο πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής είναι τα ηθικά ζητήματα. Με άλλα λόγια, τι θα πρέπει να κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό όταν αυτό που προστάζει η κουλτούρα των ατόμων είναι επαγγελματικά αντιδεοντολογικό; Πώς θα διαπραγματευτεί τη διαφορά ανάμεσα σε αυτά που προστάζει η επαγγελματική του ηθική και σε αυτά που προκύπτουν από τις προσωπικές και πολιτισμικές αξίες των ασθενών (π.χ. διαδικασία ενημέρωσης ασθενών); Πώς πρέπει να ανταποκριθεί σε περιπτώσεις που οι επιθυμίες που προκύπτουν από τις πολιτισμικές πεποιθήσεις ενός ατόμου έρχονται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των άλλων (π.χ. επαγγελματιών υγείας) (Akinsulure-Smith, 2017).

Η παρούσα διπλωματική διατριβή διερεύνησε το επίπεδο πολιτισμικής γνώσης και ευαισθησίας στο Υγειονομικό προσωπικό των ποικίλων κρατικών φορέων του Νομού Σερρών. Συνολικά το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 214 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας με τη πλειοψηφία να είναι γυναίκες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα Το 86% του δείγματος μελέτης έχει ελληνική υπηκοότητα και το 89% κατάγεται από Ελλάδα. Το 79,4% γνωρίζει μια επιπλέον ξένη γλώσσα στις οποίες συγκαταλέγονται σύμφωνα με τις απαντήσεις κυρίως τα αγγλικά. Ακόμη, το 14% έχει ζήσει εκτός Ελλάδας με μέση τιμή τα μέχρι 10 έτη. Μόλις το 18,2% των εργαζομένων έχει παρακολουθήσει σεμινάρια διαπολιτισμικής υγείας και το 55,1% έχει κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής.



Μεγαλύτερο επίπεδο γνώσεων δήλωσαν οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι σε θέματα που αφορούν στους κινδύνους που βιώνουν οι διαφορετικές εθνικές ομάδες, στις ανισότητες στον Τομέα Υγείας, στον αντίκτυπο του ρατσισμού, σημαντικά στοιχεία τα οποία καταγράφονται και σε πλειάδα μελετών παγκοσμίως δηλώνοντας την αυξημένη πολιτισμική γνώση των επαγγελματιών υγείας. Η παρούσα μελέτη έχει συμπεράσματα ανάλογα με τις μελέτες τους Zanetti, Dinh, Hunter, Godkin & Ferguson, (2014), ενώ έρχονται σε αντίθεση με τη μελέτη των Toda και Maru, (2018) που δηλώθηκε ότι οι μειωμένες γνώσεις των διαφόρων πολιτισμών προκαλεί διακρίσεις.

Τα ποσοστά απόκτησης δεξιοτήτων κυμαίνονταν σε ένα μέτριο επίπεδο 51,1%. Χαμηλότερο επίπεδο δήλωσαν οι συμμετέχοντες ως προς τον χαιρετισμό των ασθενών με τρόπο που να ανταποκρίνεται στην πολιτισμική του καταγωγή ενώ ιδιαίτερα υψηλό ήταν ως προς την εκμείωση των πιστεύω του ασθενή για την υγεία και την ασθένεια (π.χ., την αιτιολογία, όνομα, θεραπεία, πορεία, πρόγνωση).

Ακόμη, οι εργαζόμενοι που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας ή είχαν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής είχαν σημαντικά περισσότερες δεξιότητες και γνώσεις σε σχέση με τους φοιτητές που δεν είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο Διαπολιτισμικής Υγείας ή δεν είχαν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής αντίστοιχα. Είναι προφανές ότι η παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας συμβάλλει στην ανάπτυξη ικανοτήτων κατανόησης των εμπειριών υγείας των ασθενών που προέρχονται από περιβάλλον πολιτισμικής διαφορετικότητας και δεξιοτήτων διαχείρισης και επικοινωνίας πολυπολιτισμικών ασθενών, συμπέρασμα που ενισχύεται από τις έρευνες των Huang (2013), Dikmen, Aksakal και Yilmaz, (2016).

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι τονίζουν την ανάγκη συνδυασμού θεωρητικής εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης για την αύξηση της πολιτισμικής συνειδητοποίησης, την αυτοπεποίθηση και τη βελτίωση της καθημερινής πρακτικής, εύρημα που συμβαδίζει με τη μελέτη των Uzun και Sevinc (2015), των Simsek, Erkin και Bayik, (2017) και Papadopoulos (2011). Η πολιτισμική ευαισθησία και συνείδηση των επαγγελματιών υγείας αυξάνεται μιας και οι γνώσεις, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας κατά τη φροντίδα πολυπολιτισμικών ασθενών αυξάνεται μετά την εκπαίδευση τους σε θέματα διαπολιτισμικής υγείας

Τέλος, σχετικά με τον βαθμό εκπαίδευσης και κατάρτισης των ερωτηθέντων για θέματα που έχουν να κάνουν με την πολυπολιτισμικότητα και την διαπολιτισμική εκπαίδευση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και στην κλινική πρακτική, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν εκπαιδευτεί για διαπολιτισμικότητα.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας εστιάσαμε κυρίως στις κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή καθώς αποτελεί κομβικό σημείο της μελέτης μας. Σύμφωνα λοιπόν με τις απαντήσεις του δείγματος βλέπουμε πως όσον αφορά τη γνώση, η μέση τιμή της βαθμολογίας της υπο κλίμακας ΓΝΩΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -16,885, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

Από την άλλη μεριά, η μέση τιμή της βαθμολογίας της υπο κλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(177,600) = -9,473, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

Η μέση τιμή της βαθμολογίας της υπο κλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -16,384, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

Τέλος, η μέση τιμή της βαθμολογίας της υπο κλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, ανάμεσα στα άτομα που έχουν ή όχι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή,  $[t(212) = -9,094, p < 0,001]$ . Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία.

Επομένως γεννιέται εύλογα το συμπέρασμα και εμπειρικά τεκμηριωμένο, ότι οι άνθρωποι που έχουν επαφές και κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, προϋποθέτει να έχουν περισσότερες πολιτιστικές γνώσεις, να υπόκεινται σε μεγαλύτερη εκπαίδευση σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές κουλτούρες, να έχουν ειδικές δεξιότητες που να ανταποκρίνονται σε ανθρώπους διαφορετικής καταγωγής και να έχουν τη λεγόμενη πολιτιστική συνειδητοποίηση ώστε να καταλαβαίνουν και να κατανοούν καλύτερα τη διαφορετικότητα των ανθρώπων.

### **6.1. Περιορισμοί Έρευνας**

Παρά τη συμβολή της παρούσας έρευνας στη θεωρία και την πρακτική της πολιτισμικά ικανής νοσηλευτικής φροντίδας καταγράφονται μια σειρά από περιορισμούς και αδυναμίες. Αρχικά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δεν δοκιμάστηκε επαρκώς από άλλους ερευνητές ωστόσο στην παρούσα έρευνα βρέθηκε να έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η δειγματοληψία ευκολίας ενέχει πάντα τον κίνδυνο μη γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων της ερευνητικής πρότασης και επιβάλλεται η επιπλέον διερεύνηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου και η μελέτη της Πολιτισμικής Ικανότητας και σε άλλους επαγγελματίες. Τέλος, υπάρχει πάντα η «προκατάληψη της πληροφόρησης» ή το λεγόμενο information bias (Robinson και συν., 2001). Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων βασίζονται όλα σε αυτοαναφορές με αποτέλεσμα οι ερευνητές να μην είναι απόλυτα βέβαιοι για την ειλικρίνεια των απαντήσεων σε ευαίσθητα θέματα όπως θεωρείται και το θέμα της διαπολιτισμικής φροντίδας.

### **6.2 Τελικό Συμπέρασμα**

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική και η διαπολιτισμική εκπαίδευση των νοσηλευτών συνιστούν αναγκαιότητα στη σύγχρονη εποχή για τον ελλαδικό και ευρωπαϊκό χώρο, η οποία πηγάζει από τις πολιτισμικές, εθνικές, θρησκευτικές κ.ά. διαφορές που εμφανίζει ο πληθυσμός της Ελλάδας και της Ευρώπης κατά κύριο λόγο ως συνέπεια του αυξημένου μεταναστευτικού ρεύματος των τελευταίων δεκαετιών. Για αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας και όσοι ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας είναι αναγκαίο να λαμβάνουν υπόψη τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις προσωπικές αντιλήψεις και την κουλτούρα του ασθενή, προκειμένου να του παρέχουν αποτελεσματική και ποιοτική παροχή φροντίδας.

Μία από τις καταστάσεις οι οποίες εγείρουν αρκετά ηθικά θέματα αποτελεί η διαδικασία πληροφόρησης των ασθενών ιδίως στις περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων.

Άτομα που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα μπορεί να έχουν και διαφορετικές ανάγκες για πληροφόρηση. Λόγου χάριν, ορισμένες κουλτούρες δίνουν μεγάλη αξία στην κυριαρχία των ατόμων και στο δικαίωμά τους να κάνουν επιλογές για τη ζωή τους χωρίς την παρέμβαση άλλων (π.χ. στις Η.Π.Α.). Άλλες, όμως, κουλτούρες δίνουν μεγάλη αξία στην οικογένεια, στη συλλογική και κοινωνική λήψη αποφάσεων και στην υποχρέωση του κάθε μέλους της οικογένειας να θέτει τα συμφέροντα της οικογένειας πάνω από τα δικά του (π.χ. στο Πακιστάν οι ασθενείς δεν μπορούν να πάρουν αποφάσεις σχετικές με την κατάστασή τους) (Andrews, Royle, 2001).

Διαφορές στο οικείο ζήτημα εντοπίζει κανείς ανάμεσα και σε διαφορετικές κοινωνίες και όχι μόνο ανάμεσα σε θρησκείες. Στη Gadsup της Νέας Γουϊνέας, για παράδειγμα, οι ιθαγενείς έχουν μεγάλη εκτίμηση για τα παιδιά και κυρίως για τα νεογέννητα. Έτσι, όταν έμαθαν ότι κάποιες δυτικές γυναίκες ζήτησαν να υποβληθούν σε έκτρωση, υπέστησαν πολιτισμικό σοκ. Από την άλλη, οι Εσκιμώοι δε θεωρούν το έμβρυο άνθρωπο παρά μόνο έως ότου γεννηθεί και του δώσουν όνομα, συνεπώς η διακοπή της κύησης δεν αποτελεί κάτι θλιβερό για αυτούς (Σιδερά, Αθανασοπούλου, 2010).

Κλείνοντας, ένα άλλο ηθικό ζήτημα προκύπτει όταν ο ασθενής αρνείται να αποδεχτεί μία συγκεκριμένη θεραπεία η οποία ενδέχεται να είναι και ζωτικής σημασίας. Λόγου χάριν, η μετάγγιση αίματος στους μάρτυρες του Ιεχωβά (Καλοφορίδης, 2014).

Ποια πρέπει λοιπόν να είναι η θέση του νοσηλευτή όταν έχει να πάρει μία απόφαση που είναι αντίθετη με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ή τις γενικότερες αξίες του ασθενή; Πόσο εφικτό είναι να πάρει μία τέτοια απόφαση; Ποιες παραμέτρους πρέπει να λάβει υπόψη και κυρίως υπάρχει κάποιο μοντέλο λήψης απόφασης που να λαμβάνει υπόψη τις αξίες και τα πιστεύω του ασθενή (Καλοφορίδης, 2014).

Τα τελευταία χρόνια στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζονται μοντέλα λήψης αποφάσεων που λαμβάνουν υπόψη τους τις πολιτισμικές ετερότητες και διαφορές ως προς τη λήψη ηθικών αποφάσεων. Με τις επικρατούσες συνθήκες σε Ελλάδα και Ευρώπη η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί αναγκαιότητα και σημαντική διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, γι' αυτό είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και πολιτισμική επάρκεια, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις διαπολιτισμικές διαφορές των

ασθενών τους και να τους παρέχουν αποτελεσματική και πολιτισμική κατάλληλη φροντίδα, καθώς και διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αποστολαρά, Π. (2016). Διαπολιτισμική Επικοινωνία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6 (1), 3
- Αργυριάδης, Α., & Μπέλλου - Μυλωνά, Π. (2016). Διαπολιτισμικότητα και Υγεία. Ένα καίριο δίπτυχο στην σύγχρονη Ελλάδα. Αθήνα: Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις.
- Γερογιάννη, Γ. Κ., & Πλεξίδα, Α. Ν. (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα. Το Βήμα του Ασκληπίου, 7(2), 113-119.
- Γερογιάννη, Γ., & Πλεξίδα, Α., (2008), Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 7ος ,Τεύχος 2<sup>ο</sup>.
- Γεωργογιάννης ,Π.,(2006) Βηματισμοί για την αλλαγή στην εκπαίδευση, Εκπαιδευτική και Διαπολιτισμική Επάρκεια & Ετοιμότητα των εκπαιδευτικών Α /βαθμιας και Β/βαθμιας Εκπαίδευσης, Typocenter, Πάτρα.
- Γκόβαρης, Χ. Εισαγωγή στη διαπολιτισμική εκπαίδευση. Αθήνα: Ατραπός; 2004.
- Ζυγά, Σ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική. Αθήνα: ήτα; 2010.
- Καδιγιαννόπουλος, Γ. Μεταναστευτικό ρεύμα και διαπολιτισμική νοσηλευτική. Πεμπτουσία 2015.
- Καδιγιαννόπουλος, Γ. Προσεγγίζοντας με διαπολιτισμική ματιά τον ασθενή και την ασθένεια. Πεμπτουσία; 2015.
- Καλαφάτη, Μ., Παϊκοπούλου, Δ. Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική 2011, 50: 49–62
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. Ηθικά διλήμματα στη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, 2013.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. Κοινωνική Νοσηλευτική Ι. Πολιτισμικές Επιδράσεις στη Νοσηλευτική Φροντίδα. Αθήνα: Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, 2015.

- Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, Α., & Κούτα, Χ. (2011). Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια για τους επαγγελματίες υγείας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Καλοκαιρινού, Α., Κοδέλλα, Κ., & Τολικά, Φ. (2003). Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 42, 451 - 456.
- Κελέση, Μ., Φασόη, Γ., Παπαγεωργίου, Δ. Ε. Εισαγωγή στην Επιστήμη της Νοσηλευτικής. Εννοιολογικό και Φιλοσοφικό Πλαίσιο. Αθήνα: Κωνσταντάρας; 2016.
- Κούτα, Χ. Υγεία και κουλτούρα. Νοσηλευτική 2007, 46: 176-180
- Κουτελέκος, Ι., Γερογιάννη, Γ. Θρησκευτικότητα στο χώρο του νοσοκομείου. Το ήμα του Ασκληπιού 2011, 10 (4): 480-489.
- Κουτσιαντά, Κ. Συναισθήματα και εμπειρίες νοσηλευτών ΜΕΘ που έχουν στην φροντίδα τους ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο. Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής 2018, 100-103.
- Κυριόπουλος, Γ. Δημόσια Υγεία και Μετανάστευση (Τόμος 6). Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2003.
- Λιονής, Χ. Σχέση Ιατρού – Ασθενούς: Οδηγίες για μια καλύτερη επικοινωνία. Πανεπιστήμιο Κρήτης; 2011.
- Μανομενίδης, Γ.,(2009). Μειονοτικοί πληθυσμοί: Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού, Πολιτισμική Διαπολιτισμική διαφορετικότητα, Νοσηλευτική, 48(4), 439-446.
- Μάρκου, Γ., Προσεγγίσεις της Πολυπολιτισμικότητας και η Διαπολιτισμική Εκπαίδευση – Επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης, 1998β.
- Μπιτσάνη Ευ, Πολιτισμική διαχείριση και περιφερειακή ανάπτυξη. Σχεδιασμός πολιτιστικής πολιτικής και πολιτιστικού προϊόντος. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004, σ: 29.
- Μπουτσιούκα, Ε., Καλοκαιρινού, Α., Πατηράκη, Ε., Σουρτζή, Π., Κωνσταντίνου, Ε., & Γιαννακοπούλου, Μ. (2017). Πεποιθήσεις Φοιτητών Νοσηλευτικής Σχετικά με την Επάρκεια Γνώσεων και Ικανοτήτων τους για Διαπολιτισμική Φροντίδα: Πιλοτική Μελέτη. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 56 (1), 69-77.
- Παλαιολόγου, Ν. & Ευαγγέλου, Ο. (2003). Διαπολιτισμική εκπαίδευση .Αθήνα: Άτραπος.

- Παπαδόπουλος Ι., Καλοκαιρινού, Α., Κούτα, Χ. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για Επαγγελματίες Υγείας. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2011.
- Παπαδόπουλος, Ι., Καλοκαιρινού Α., Κούτα Χ., (2011) Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για Επαγγελματίες Υγείας, Αθήνα Εκδ. Πασχαλίδη.
- Σκρουμπέλος Αν., Δάγλας Α., Σκουτέλης Δ., Κυριόπουλος Γ ,(2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις.
- Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π., & Κωσταγιόλας, Π. (2017). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34 (1), σσ. 113 - 122.
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2011). Ελονοσία (Malaria). Άντληση από:  
[http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AF%CE%B1/malaria\\_faqs.pdf](http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AF%CE%B1/malaria_faqs.pdf). Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 22, 2020.
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2017). Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης. Ελονοσία στην Ελλάδα, έτος 2017, έως 15/12/2017. Άντληση από: [http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AF%CE%B1/2017/Malaria\\_report\\_GR\\_2017\\_15\\_12\\_2017.pdf](http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AF%CE%B1/2017/Malaria_report_GR_2017_15_12_2017.pdf). Τελευταίαπρόσβαση: Αύγουστος 22, 2020.

### **Ξενόγλωσση**

- Abitz, TL., (2016) .Cultural Nursing Practice. J Infus Nurs., 39(2):75-9.
- Ahn JW., (2017). Structural Equation Modeling of Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci), 11(1):65-73.
- Aktaş, D., Ertuğ, N., & Öztürk , E. (2015). Investigation into Intercultural Sensitivity among Nursing Students at a University in Turkey. The New Educational Review, 40(2), pp.48-57. (doi: 10.15804/tner.2015.40.2.04).



Ανακτήθηκε στις 25/08/2020 από

[https://www.researchgate.net/publication/282937662\\_Investigation\\_into\\_inter\\_cul\\_tural\\_sensitivity\\_among\\_nursing\\_students\\_at\\_a\\_university\\_in\\_Turkey](https://www.researchgate.net/publication/282937662_Investigation_into_inter_cul_tural_sensitivity_among_nursing_students_at_a_university_in_Turkey)

- Albougami, A., Pounds, K., & Alotaibi, J. (2016). Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A Discussion Paper. International Archives of Nursing and Health Care, 2(34), 3-7. Ανακτήθηκε στις 20/8/2020 από <https://clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-andhealth-care-ianhc-2-053.php?jid=ianhc>
- Allen J., (2010). Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: a literature review., Nurse Educ Today., 30(4):314-20.
- AL-Rababah, D., Fashafsheh, I., Thultheen, I., ALotaibi, M., & Nassan, M. (2017). Predictors of Culture Competence among Nursing Students in Riyadh City- Saudi Arabia. Journal of Health, Medicine and Nursing, 35, 70-74. Ανακτήθηκε στις 13/08/2020 από <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/35552>
- Aslan, S., Yılmaz, D., Kartal, M., Erdemir, F., & Güleç, H. Y. (2016). Determination of Intercultural Sensitivity of Nursing Students in Turkey. International Journal of Health Sciences and Research, 6(11), 202-208. Ανακτήθηκε στις 14/08/2020 από [http://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.6\\_Issue.11\\_Nov2016/IJHSR\\_Abstract.031.html](http://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.11_Nov2016/IJHSR_Abstract.031.html)
- Beckstrand, R., Callister, L., Kirchhoff, K. Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of life care. American Journal of Critical Care, 2006. 15(1):38-45.
- Bein T. (2015). Intercultural competence. Management of foreignness in intensive care medicine. Anaesthesist. , 64(8):562-8.
- Bennett, M. (1993). Toward ethnorelivism: A developmental model of intercultural sensitivity. In R.M. Paige (Ed.), Education for the intercultural experience (pp. 21–71). Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Bennett, M. J. (2004). Becoming interculturally competent. In J.S. Wurzel (Ed.) Toward multiculturalism: A reader in multicultural education. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation. Doi: 10.1016/j.ijintrel.2005.11.007.

- Blanchet Garneau A, Pepin J.(2015). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing., Nurse Educ Today. , 35(11):1062- 8.
- Blanchet Garneau A., Pepin J.(2015). Cultural competence: a constructivist definition. Journal of Transcultural Nursing, 26(1), pp. 9-15. Doi: 10.1177/1043659614541294.
- Calvillo, E., Clark, L., Ballantyne, J. E., Pacquiao, D., Purnell, L. D., & Villarruel, A. M. (2009). Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education. Journal of Transcultural Nursing, 20(2), 137-145. Doi: 10.1177/1043659608330354.
- Campinha-Bacote J (1998) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. A culturally competent model of care. 3rd ed. Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati.
- Chang, H.-Y., Yang, Y.-M., & Kuo, Y.-L. (2013). Cultural Sensitivity and Related Factors Among Community Health Nurses. The journal of nursing research, 21(1), 67-73. Doi: 10.1097/jnr.0b013e3182829cb9.
- Chen, G. M. (2010). The Impact of Intercultural Sensitivity on Ethnocentrism and Intercultural Communication Apprehension. Intercultural Communication Studies, 19(1), 1-9. Ανακτήθηκε στις 29/08/2020 από [https://digitalcommons.uri.edu/com\\_facpubs/16/](https://digitalcommons.uri.edu/com_facpubs/16/)
- Colleges, A. (2015). Assessing Change: Evaluating Cultural Competence Education and Training. Washington: D.C. Ανακτήθηκε στις 4/8/2020 από <https://www.aamc.org/initiatives/diversity/425472/assessingchange.html>
- Commission of the European Communities, DG V, (2001): National policies to combat social exclusion. First Annual Report of the European Community Observatory. Edited by Graham Room.
- Cook C., (2003), the many faces of diversity: Overview and Summary Online Journal of issues in nursing Vol 8 No 1.
- Creswell, J. W. (2011). Η έρευνα στην εκπαίδευση : σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας. (Χ. Τσορμπατζούδης, Ed., & Ν. Κουβαράκου, Trans.) Έλλην.
- Degrie L, Gastmans C, Mahieu L, Dierckx de Casterlé B, Denier Y.(2017). "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in

hospitals? a systematic review of qualitative research". BMC Med Ethics. , 19;18(1):2.

- Dell'Osso, D. (2016). Cultural Sensitivity in Healthcare: The New Modern Day Medicine. Senior Theses and Capstone Projects, p. 58.
- Dewit, S. ασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Αθήνα: Λαγός Δημήτριος; 2001.
- DiMatteo, M. Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας (Μτφρ. Παρή, Ε). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2006.
- Economou C, (2010) “Greece: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol. 12, No.7, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fitzgerald EM., Myers JG., Clark P, (2016). Nurses Need Not Be Guilty Bystanders: Caring for Vulnerable Immigrant Populations. Online J Issues Nurs. , 1:22(1):8.
- Fritz, W., & Möllenberg, A. (2002). Measuring Intercultural Sensitivity in Different Cultural Contexts. Intercultural Communication Studies, 11(2), 165-176.
- Gallagher RW, Polanin JR.(2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. Nurse Educ Today. , 35(2):333-40.
- Glittenberg, J. (2004). “A transdisciplinary, transcultural model for health care”, Journal of Transcultural Nursing, 15(1):6-10.
- Gropas R. & Triandafyllidou A. (2007). Cultural Diversity in Greek Public and Political Discourses, Athens: ELIAMEP.
- Harkess L, Kaddoura M. (2016). Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art., Nurs Forum. , 51(3):211-22.
- Hartman, D. (2017). Self-Efficacy and Cultural Competency Assessment of the Associate Degree Nursing Student. University, Minnesota, Doctoral Dissertations.
- Hemberg JA, Vilander S.(2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. Scand J Caring Sci., p24.

- Henderson S, Barker M, Mak A. (2016). Strategies used by nurses, academics and students to overcome intercultural communication challenges. *Nurse Educ Pract.*, 16(1):71-8.
- Henderson S, Kendall E, See L.(2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community.*, 19(3):225-49.
- Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J.(2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* , 5:(5).
- Hou, X. (2010). An Empirical Study of Chinese Learners' Intercultural Sensitivity. *Journal of Language Teaching and Research*, 1(3), 327-331.
- Ingram, R. R. (2011). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 695–704.
- Isaacs AN, Raymond A, Jacob E, Jones J, McGrail M, Drysdale M. ,(2016), Cultural desire need not improve with cultural knowledge: A cross-sectional study of student nurses. *Nurse Educ Pract.* , 19:91-6.
- Kardong-Edgren S, Cason CL, Brennan AM, Reifsnider E, Hummel F, Mancini M, Griffin C. (2010).. Cultural competency of graduating BSN nursing students. *Nurs Educ Perspect.*, 31(5):278-85.
- Kemp, C. Cultural issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing* 2005, 21(1):44-52.
- King G and Martineau T. (2006). Workforce Planning for the Health Sector. Capacity Project Knowledge Sharing. Technical Brief .
- Knipper M.(2010). Beyond the indigenous: health and interculturality at the global level. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 27(1):94-101.
- Kokko,R., ( 2011). Future nurses' cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *J Nurs Manag.*, Epub 2011 Mar 29.,Jul;19(5):673-82.
- Lancellotti, K. (2008) Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education, *Journal of Professional Nursing*, 24 (3): 179-183.

- Landis, D., & Bhagat, R. S. (1996). Handbook of intercultural training (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Landis, D., Bennett, J., Bennett, M. (2003): Handbook of Intercultural Training. Sage Publications Ltd: London, p 149.
- Leininger, M. (1991). Cultural care diversity and universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press ,p 3-5.
- Leininger, M. (1997). Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing Research Method. Journal of Transcultural Nursing, 8(2), 32-52.
- Leininger, M. (2001). “Founder’s focus:Types of sciences and transcultural nursing knowledge”. Journal of Transcultural Nursing, 12:33.
- Leininger, M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. JurnalTransculting Nursing 2002, 13:189–192.
- Lin, C.-J., Lee, C.-K., & Huang, M.-C. (2017). Cultural Competence of Healthcare Providers: A Systematic Review of Assessment Instruments. Journal of Nursing Research, 25(3), 174–186.
- Maier-Lorentz, M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. Journal of CulturalDiversity 2008, 15: 37-43.
- Marcysiak, M., Dąbrowska, O., Marcysiak, M. Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. Progress in Health Sciences 2013, 3 (1): 104-110.
- Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2010). The socioeconomic determinants of the health status of Roma in comparison with nonRoma in Bulgaria, Hungary and Romania. The European journal of public health, 20(5), 549-554.
- Monteiro, AP.,(2010).Multicultural experiences in nursing: from the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. academia.edu, p 12.
- O’Connell, M., Rodriguez de Bittner, M., Poirier, T., Karaoui, L. R., Echeverri, M., Chen, A. M., Jackson, A. N. (2013). Cultural Competency in Health Care and Its Implications for Pharmacy Part 3A: Emphasis on Pharmacy Education Curriculum, and Future Directions. Pharmacotherapy, 33(12), 347-367.
- OECD (2012a). “Greece: country notes: recent changes in migration movements and policies”.

- OECD Healthdata Database, Version October 2010.
- Papadopoulos I, Taylor G, Ali S, Aagard M, Akman O, Alpers LM, Apostolara P, Biglete-Pangilinan S, Biles J, García ÁM, González-Gil T, Koulouglioti C, Kouta C, Krepinska R, Kumar BN, Lesińska-Sawicka M, Diaz AL, Malliarou M, Nagórska M, Nassim S, Nortvedt L, Oter-Quintana C, Ozturk C, Papp K, Regev OE, Rubiano FO, Diaz MY, Tóthová V, Vasiliou M, Zorba A.(2015). Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *J Transcult Nurs.* , 29.
- Papadopoulos, I., Lees, S. Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing* 2002, 37:258–264.
- Purnell L D, Paulanka B J (1998) Transcultural health care. A culturally competent approach. F A Davies, Philadelphia.
- Ramírez Hita S.(2014). Intercultural aspects of the health system reform in Bolivia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 31(4):762-8.
- Sagar, P. L. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models : application in nursing education, practice, and administration.* New Yorkn NY: Springer Publishing Company.
- Shen, Z. (2015). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 26(3), 308–321.
- Simpson, J. Nursing with dignity. Part 9: Jehovah's Witnesses. *Nursing Times* 2002, 98 (17): 36.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης; 2006.
- Tucker, C. M., Marsiske, M., Rice, K. G., Jones, J. D., & Herman, K. C. (2011). PatientCentered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement. *Health Psychology*, 30 (3), 342-350.
- Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review* 2008, 55: 164-170.
- Williamson, M., Harrison. Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2010, 47(6):761-769.

- World Health Organization (2006). World Health Report: Working together for health, WHO Geneva, 2006.
- Wu, J. (2015). Examining Chen and Starosta's Model of Intercultural Sensitivity in the Taiwanese Cultural Context. *I.J. Modern Education and Computer Science*(6), pp. 1- 8.
- Yilmaz M, Toksoy S, Direk ZD, Bezirgan S, Boylu M.(2017), Cultural Sensitivity Among Clinical Nurses: A Descriptive Study. *J Nurs Scholarsh.* , Epub 2017 Jan 18., 49(2):153-161.
- Young S, Guo KL. (2016), Cultural Diversity Training: The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice. *Health Care Manag (Frederick)*., 35(2):94-102.
- Yuen, C. Y., & Grossman, D. L. (n.d.). The intercultural sensitivity of student teachers in three cities. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 39(3) , 349–365.
- Zanetti, M., Dinh, A., Hunter, L., Godkin, M. A., & Ferguson, W. (2014). A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *International Journal of Medical Education*, 5, 37-44.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Της 9<sup>η</sup> Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του  
Γενικού Νοσοκομείου Σερρών της 29.05.2019

Σήμερα στις Σέρρες 29 Μαΐου 2019, ημέρα της εβδομάδας Τετάρτη και ώρα 12:00', στην Αίθουσα Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών προσήλθαν σε εκτέλεση :

- α) του Ν. 3329/05 « Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»,
- β) ΦΕΚ 41/04-02-2019, Τεύχ.Υ.Ο.Δ.Δ., διορισμός Διοικητικού Συμβουλίου,
- γ) ΦΕΚ 195/11-04-2019, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ. τροποποίηση ορισμού μελών Διοικητικού Συμβουλίου σε τακτική συνεδρίαση τα παρακάτω μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ. Ν. Σερρών :

- 1. ΜΑΤΑΚΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Διοικητής, ως Πρόεδρος
- 2. ΚΑΦΤΑΝΤΖΗ ΛΑΜΠΡΙΝΗ, Αν. Δ/τής, ως τακτικό μέλος
- 3. ΣΠΥΡΙΔΗ ΓΕΩΡΓΙΑ, ως τακτικό μέλος
- 4. ΤΑΣΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ως τακτικό μέλος
- 5. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΕΣΤΗΣ, ως αναπληρωματικό αιρετό μέλος, εκπρόσωπος ιατρών
- 6. ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ, ως τακτικό αιρετό μέλος, εκπρόσωπος λοιπού προσωπικού

Απόντες: οι κ.κ. Ανθολάκη τακτικό μέλος και Σεβασλίδης αναπληρωματικό μέλος, οι οποίοι κλήθηκαν νόμιμα και εμπρόθεσμα αλλά λόγω κωλύματός τους δεν προσήλθαν στη Συνεδρίαση.

Προς συζήτηση της με αριθμ. πρωτ. : 7410/24-05-2019 ημερησίας διατάξεως του Διοικητή του Γ.Ν. Σερρών.

Στη Συνεδρίαση μετέχει η κ. Παναγιωτίδου Αθηνά, ως Γραμματέας του Συμβουλίου.

Το Συμβούλιο μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία του Διοικητή του Διοικητικού Συμβουλίου κ Ματάκου Αθανασίου, προχωρεί στη συζήτηση του παρακάτω θέματος :

### ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ

**ΘΕΜΑ 6ο :** « Έγκριση αίτησης κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου για διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας »

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. θέτει υπόψη του Συμβουλίου:

Το με αρ. 5η/03-04-2019 απόσπασμα πρακτικού Ε.Σ., θέμα 1ο, το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της παρούσας απόφασης και αναφέρει τα κάτωθι:

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου αφού έλαβαν υπόψη τους :

Α) Την αριθμ. πρωτ. 4415/26-3-2019 αίτηση της κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου μας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο Υγείας και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης».

Β) Το αριθμ. 10139/31-1-2019 πιστοποιητικό του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από το οποίο προκύπτει η ιδιότητα της μεταπτυχιακής φοιτήτριας της ανωτέρω.

Γ) Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο και το σχετικό ερωτηματολόγιο.





Δ) Το γεγονός ότι δεν αναγράφεται στο προαναφερθέν πιστοποιητικό ο/η επιβλέπων-ουσα καθηγήτης-τρια.

Ε) Τις διατάξεις του ν. 3329/2005, άρθρο 9, παράγραφο 3, σχετικά με αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα

Εισηγούνται

Υπέρ της έγκρισης της αίτησης της κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο Υγείας και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης», εφόσον προσκομίσει συμπληρωματικό πιστοποιητικό της Σχολής που να γνωστοποιεί τον επιβλέποντα καθηγητή.

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ :** Κατά την καθαρογραφή του παρόντος πρακτικού, η ανωτέρω προσκόμισε το αριθμ. 10264/16-4-2019 πιστοποιητικό του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, όπου πιστοποιείται ο ορισμός της κ. Στ. Κοτρώτσιου Επίκ. Καθηγήτριας ως επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα πιο πάνω, μετά από διαλογική συζήτηση,

#### ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Υπέρ της έγκρισης της αίτησης της κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο Υγείας και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης».

Επικυρώνει την απόφαση σήμερα.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΑΤΑΚΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΚΑΦΤΑΝΤΖΗ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

ΣΠΥΡΙΔΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΤΑΣΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΕΣΤΗΣ

ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ





**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
4<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ  
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
της 05<sup>ης</sup>/03-4-2019 τακτικής Συνεδρίασης**

Σήμερα 03-4-2019 ημέρα Τετάρτη και ώρα 12.30, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, που συγκροτήθηκε με τις αριθμ. 180/01-6-2018 και 377/19-11-2018 αποφάσεις του Διοικητή του Γ. Ν. Σερρών, συνήλθε στον χώρο της Γραμματείας αυτού σε τακτική συνεδρίαση, μετά από πρόσκληση της Προέδρου του Συμβουλίου που επιδόθηκε νόμιμα και εμπρόθεσμα σε όλα τα μέλη.

**Παρόντα μέλη**

Φανή Μάρκου, ιατρός Διευθύντρια Βιοπαθολογίας, τακτικό μέλος Πρόεδρος.

Καλλιόπη Δεσπούδη, ιατρός Ε/Α Χειρουργικής, αναπληρωματικό μέλος.

Μαρία Καρακίτσιου, Ειδικευόμενη ιατρός, τακτικό μέλος.

Γεώργιος Μωραΐτης, ΠΕ Βιολόγων, τακτικό μέλος.

Μαρία Ζωΐδου, ΤΕ Φυσικοθεραπευτριών, τακτικό μέλος.

Στη Συνεδρίαση μετέχει ο Αθανάσιος Ζηλιαχώβαλης, ως Γραμματέας του Ε.Σ..

Απουσιάζουν Σωτήριος Βλάχος, ιατρός Διευθυντής Χειρουργικής, η Αγγελική Πούλου ιατρός Διευθύντρια Βιοπαθολογίας αναπληρωματικό μέλος η οποία ενημερώθηκε εμπρόθεσμα, Γεώργιος Τσινόπουλος ιατρός Ε/Α Καρδιολογίας, ο Δημήτριος Διβάνης ιατρός Ε/Β Νεφρολογίας, Σαραντινή Χατζηγιάννη ΤΕ Νοσηλευτριών, λόγω κωλυμάτων.

Αφού διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία, άρχισε η συνεδρίαση.

**ΘΕΜΑ 1<sup>ο</sup> : Έγκριση αίτησης κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου για διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.**

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου αφού έλαβαν υπόψη τους :

Α) Την αριθμ. πρωτ. 4415/26-3-2019 αίτηση της κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο Υγείας και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης».

Β) Το αριθμ. 10139/31-1-2019 πιστοποιητικό του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από το οποίο προκύπτει η ιδιότητα της μεταπτυχιακής φοιτήτριας της ανωτέρω.

Γ) Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο και το σχετικό ερωτηματολόγιο.

Δ) Το γεγονός ότι δεν αναγράφεται στο προαναφερθέν πιστοποιητικό ο/η επιβλέπων-ουσα καθηγητής-τρια.

Ε) Τις διατάξεις του ν. 3329/2005, άρθρο 9, παράγραφο 3, σχετικά με αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Μετά από διαλογική συζήτηση, **ομόφωνα**

**Εισηγούνται**

Υπέρ της έγκρισης της αίτησης της κ. Αλεξάνδρας Καραδημητρίου μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης

και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο Υγείας και Γενικό Νοσοκομείο επαρχιακής πόλης», εφόσον προσκομίσει συμπληρωματικό πιστοποιητικό της Σχολής που να γνωστοποιεί τον επιβλέποντα καθηγητή.

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ** : Κατά την καθαρογραφή του παρόντος πρακτικού, η ανωτέρω προσκόμισε το αριθμ. 10264/16-4-2019 πιστοποιητικό του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, όπου πιστοποιείται ο ορισμός της κ. Στ. Κοτρώτσιου Επίκ. Καθηγήτριας ως επιβλέπουσας καθηγήτριας.

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΦΑΝΗ ΜΑΡΚΟΥ**

Ακριβές αντίγραφο  
Ο Γραμματέας του Ε.Σ.

Αθανάσιος Ζηλιαχώβαλης

**Θέμα 15ο:** Διαβίβαση του αιτήματος της κας Αλεξάνδρας Καραδημητρίου για χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στα Κέντρα Υγείας του Νομού Σερρών ευθύνης μας.

Το Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- 1) Την υπ' αριθμ. πρωτ. 3896/30-1-2020 εισήγηση της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών.
- 2) Την από 24-01-2020 αίτηση της κας Αλεξάνδρας Καραδημητρίου, προς έγκριση πραγματοποίησης έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας της, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με θέμα: «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης και δεξιοτήτων διαχείρισης φροντίδας ασθενών διαφορετικής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε Κέντρο Υγείας και Γενικό Νοσοκομείο Επαρχιακής Πόλης». Η ερευνήτρια είναι φοιτήτρια της Σχολής Επιστημών Υγείας στο ΔΠΜΣ-Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων επιθυμεί να διεξάγει έρευνα προκειμένου να διερευνήσει αν οι επαγγελματίες υγείας έχουν επαρκή γνώση σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας και διαχείρισης φροντίδας ασθενών με διαφορετική κουλτούρα και αν παρατηρούνται συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των επαγγελματιών υγείας με τις ικανότητες και γνώσεις διαχείρισης καταστάσεων ασθενών με διαφορετική κουλτούρα.
- 3) Το πιστοποιητικό βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 4) Το ερευνητικό πρωτόκολλο
- 5) Την Υπεύθυνη Δήλωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) 2016/679
- 6) Ότι στο πλαίσιο της μελέτης η διεξαγωγή της έρευνας θα γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίου (C.C.C.Q), είναι σταθμισμένο και δοκιμασμένο στον Ελληνικό πληθυσμό και αποτελείται από 41 ερωτήσεις με 4 θεματικές ενότητες και θα διανεμηθεί σε επαγγελματίες υγείας ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες β.νοσηλευτές.

**Μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα αποφάσισε, εγκρίνει, τη χορήγηση άδειας για τη διεξαγωγή της έρευνας υπό την προϋπόθεση της διασφάλισης εγγυήσεων για τη μη αποκάλυψη της ταυτότητας των συμμετεχόντων (π.χ. μέσω ψευδωνυμοποίησης) προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία τους (άρθρο 89 του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) 2016/679).**

Η Πρόεδρος του Συμβουλίου



**ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

Υποδιοικήτρια της 4<sup>ης</sup> ΥΠΕ  
Μακεδονίας και Θράκης

Τα Μέλη του Συμβουλίου

1. ΠΕΡΠΕΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
ΕΣΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤ.  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ
2. ΠΕΤΡΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Γ.Ι.  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΚΥ ΕΧΙΝΟΥ
3. ΤΣΙΚΝΑΚΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΕΣΥ  
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ  
ΚΥ ΖΑΓΚΛΙΒΕΡΙΟΥ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

#### A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Ηλικία: .....

2. Φύλο: .....Αντρός ☐.....Γυναίκα ☐

3. Ποιο είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Άγαμος/η ..... ☐

Παντρεμένος/η ..... ☐

Διαζευγμένος/η ..... ☐

Χήρος /α ..... ☐

Άλλο ..... ☐

4. Υπηκοότητα: .....

5. Χώρα καταγωγής: .....

6. Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα Ελληνικά: .....Ναι ☐.....Όχι ☐

Εάν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε: .....

7. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας:

Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης(ΔΕ) ..... ☐

Τεχνολογικής Εκπαίδευσης(ΤΕ) ..... ☐

Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης(ΠΕ) ..... ☐

8. Μεταπτυχιακό ..... ☐

Διδακτορικό ..... ☐

9. Έχετε σπουδάσει στην Ελλάδα για το βασικό σας πτυχίο:

Ναι .... ☐ Όχι..... ☐

Αν ναι, σε ποια χώρα έχετε σπουδάσει: .....

10. Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό:

Ναι .... ☐ Όχι..... ☐

Αν ναι, σε ποια χώρα έχετε σπουδάσει: .....

11. Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας;

Ναι .... ☐ Όχι..... ☐

Αν ναι, πόσα χρόνια: .....

12. Ποιο είναι το επάγγελμά σας στο νοσοκομείο;

Γιατρός ..... ☐

Νοσηλεύτης ..... ☐

13. Πόσο ξη εργάζεσθε με την παραπάνω ιδιότητα: .....

14. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

Κλινική ..... ☐

ΜΕΘ..... ☐

Διοικητική θέση..... ☐

Άλλο ..... ☐

15. Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια διαπολιτισμικής γνώσης;

Ναί .... ☐ Όχι..... ☐

16. Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;

Ναι .... ☐ Όχι..... ☐



## Β. Γνώση

Εάν βρίσκετε κάποια ερώτηση που δεν σχετίζεται με τα επαγγελματικά σας καθήκοντα ή τη σφαίρα εργασίας σας, παρακαλώ επιλέξτε το πεδίο ΔΕΝ ΜΕ ΑΦΟΡΑ.

Πόσο (ΝΟΤΕΙΤΕ) είστε για κάθε μια από τις ακόλουθες θεματικές περιοχές;

	Καθόλου	Λίγο	κάπως	Αρκετά	Πολύ	Δεν με αφορά
1. Δημογραφικά στοιχεία των διαφορετικών εθνικών ομάδων μέσα στο νοσοκομείο						
2. Κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των διαφορετικών εθνικών ομάδων						
3. Κίνδυνοι υγείας που βιώνουν οι διαφορετικές εθνικές ομάδες						
4. Αντιστάσεις στον Τομέα Υγείας που αφορούν τις διαφορετικές εθνικές ομάδες						
5. Κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα στη θεραπεία/φροντίδα στο ιατρείο σας						
6. Εθνοφαρμακολογία (διαφοροποιήσεις στις φαρμακευτικές αποκρίσεις σε διάφορες ομάδες πληθυσμού)						
7. Εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ., ιατρική Αγιουβέρδα (Αγιούνεΐς), παραδοσιακή κινεζική ιατρική)						

8. Αντικείμενο του ρατσισμού, των λανθασμένων αντιληψεων, της προκατάληψης και της διάκρισης στη φροντίδα υγείας που βιώνουν διάφορες ομάδες πληθυσμών στη χώρα σας, στο παρελθόν και σήμερα.						
9. Εθνικές/εθνοτικές πολιτικές που σχετίζονται με την πολιτισμική διαφορετικότητα στην φροντίδα υγείας						
10. Η πολιτική του νοσοκομείου σας σχετικά με το θέμα της πολιτισμικής διαφορετικότητας						

Γ. Δεξιότητες

Πόσο ΚΑΤΑΡΤΙΣΜΕΝΟΙ είστε ουσιαστικά με τα κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα στους ακόλουθους τομείς της φροντίδας του ασθενή;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ	Δεν με αφορά
1. Χαιρετισμός των ασθενών με τρόπο που να ανταποκρίνεται στην πολιτισμική του καταγωγή						
2. Εκμείευση των πιστεύω του ασθενή για την υγεία και την ασθένεια (π.χ., την αιτιολογία, όνομα, θεραπεία, πορεία, πρόγνωση)						
3. Εκμείευση των πληροφοριών για τη χρήση των πρακτικών θεραπειών ή/και άλλων εναλλακτικών μορφών θεραπείας						
4. Εκμείευση των πληροφοριών για τη χρήση των πρακτικών θεραπειών ή/και άλλων εναλλακτικών θεραπειών						



Δ. Καταστάσεις

Πόσο ΑΝΕΙΤΑ μπορείτε να διαχειριστείτε τις ακόλουθες διαπολιτισμικές καταστάσεις:

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ	Δεν με αφορά
1. Να φροντίζετε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή						
2. Να φροντίζετε ασθενείς με περιορισμένη επάρκεια στην Ελληνική γλώσσα.						
3. Να φροντίζετε ασθενή που επιμένει να χρησιμοποιεί πρακτικούς θεραπευτές ή εναλλακτικές θεραπείες						
4. Να προσδιορίζετε τις πεποιθήσεις που δεν ανασφραγίζονται από έναν ασθενή ή τον φροντιστή του αλλά παρεμποδίζουν τη θεραπευτική αγωγή						
5. Να διακρίνετε τα μη λεκτικά συνθήματα ή τις συγκεκριμένες χειρονομίες που έχουν διαφορετικές έννοιες στους διαφορετικούς πολιτισμούς						
6. Ερμηνεύω τον πόνο και της θλίψης όπως εκφράζονται στους διαφορετικούς πολιτισμούς						
7. Να συμβουλευόμαστε έναν ασθενή να αλλάξει συμπεριφορές ή πρακτικές που σχετίζονται με τις πολιτιστικές πεποιθήσεις του, και που μπορεί να χειροτερεύσουν την υγεία του						
8. Να μιλήσετε με έναν έμμεσο παρά όμοιο τρόπο στον ασθενή για την ασθένειά του/της εάν αυτό υπογορευτεί από την πολιτισμική του καταγωγή.						

9. Να ανακοινώσετε τις "κρίσεις ειδήσεως" στην οικογένεια του ασθενή πρώτα παρά στον αρθροβή εάν αυτό υπογράφεται από την πολιτισμική του καταγωγή.									
10. Να συνεργαστείτε με επαγγελματίες φροντίδας υγείας από διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.									
11. Να συνεργαστείτε με έναν συνάδελφο που κάνει ανάρμοστα σχόλια για τους ασθενείς από μια συγκεκριμένη εθνική ομάδα.									
12. Να φροντίσετε έναν ασθενή που κάνει ανάρμοστα σχόλια για την εθνική σας καταγωγή.									
13. Να διαχειριστείτε ασθενείς που κάνουν ανάρμοστα σχόλια για ασθενείς από διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.									
14. Να διαχειριστείτε μεγάλες ομάδες συγγενών που συνοδεύουν και επισκέπτονται τους ασθενείς.									
15. Να διαχειριστείτε ασθενείς που έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες λόγω των πολιτισμικών τους καταβολών (π.χ. Ραμαζάνι (Ramadan), ή διαφορετικούς τρόπους προετοιμασίας των τροφίμων, όπως Halal ή Kosher κ.λπ).									
16. Να υποστηρίξετε τους ασθενείς που έχουν ανάγκη να ασκήσουν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα.									

Ε. Συνειδητοποίηση

1. Πόσο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ θεωρείτε ότι διαδραματίζουν τα κοινωνικά και πολιτισμικά θέματα στις σχέσεις σας με:

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
α. Αοθενείς					
β. Ξυγγενείς					
γ. Άλλους επισκέπτες					
δ. Ξυνόδελφους από το επάγγελμά σας					
ε. Άλλο προσωπικό					

2. Σε ποια βαθμό συνειδητοποιείτε:

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
α. Την Εθνική ή πολιτιστική σας ταυτότητα;					
β. Τα Εθνικά ή πολιτιστικά σας στερεότυπα;					
γ. Τις λανθασμένες αντιλήψεις και προκαταλήψεις της Εθνικής σας ομάδας;					

3. Πόσο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ θεωρείτε ότι είναι για τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν εκπαίδευση στην πολιτισμική διαφορετικότητα ή/και την πολυπολιτισμική φροντίδα υγείας;

Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ

#### Φ. Εκπαίδευση και κατάρτιση

1. Σε ποιο βαθμό έχετε εκπαιδευθεί σχετικά με θέματα πολυπολιτισμικότητας;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
α. Στο σχολείο					
β. Στη βασική επαγγελματική εκπαίδευση					
δ. Σε προγράμματα κατάρτισης στο νοσοκομείο					
ε. Σε προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης εκτός νοσοκομείου					

2. Με ποιες από τις παρακάτω προτάσεις θα συμφωνούσατε προκειμένου να ενσωματωθεί η διαπολιτισμική εκπαίδευση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και στην κλινική πρακτική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ένταξη της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στα προγράμματα σπουδών

☐ ☐

Περισσότερα συνεχιζόμενα προγράμματα κατάρτισης στα νοσοκομεία

☐ ☐

Τροποποίηση της πολιτικής υγείας του νοσοκομείου σας

☐ ☐

Ένταξη της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στην ευρύτερη κοινωνική πολιτική

☐ ☐

3. Παρακαλώ προτείνετε περαιτέρω σχόλια ή προτάσεις που μπορείτε να έχετε.

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Αποστολάρα Παρασκευή (2012)

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.